

介護保険負担限度額認定申請書

中芸広域連合長 様

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ			保険者番号	3 9									
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0							
			個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日												
住 所	(郵便番号 ー)												
	電話番号												
入所(院)した介護 保険施設の所在地 および名称 ※1	(郵便番号 ー)												
	電話番号												
入所(院)年月日 ※1	平・令 年 月 日		※1 介護保険施設に入所（院）していない場合およびショートステイ を利用している場合は、記入不要です。										

配偶者の有無※2		有 ・ 無		※2 本人の夫または妻に当たる方（世帯分離している夫もしくは妻 または内縁関係の者も含む。）を記入してください。									
配偶者に関する 事項※2	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		個人番号									
	住 所	(郵便番号 ー)											
		電話番号											
	本年1月1日現在の 住所（現住所と異なる 場合）												
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税 ・ 不明											

本人を含む 世帯員および本人の配 偶者の収入 に関する 申告	☐	生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者					預 貯 金 等 の 金 額	単身1,000万円 (夫婦2,000万円)以下			
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金以外の合計所得金額と 課税年金収入額と非課税年金【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額82.65万円以下です。(※受給している非課税年金に○をしてください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。						単身650万円 (夫婦1,650万円)以下			
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金以外の合計所得金額と 課税年金収入額と非課税年金【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額82.65万円を超え120万円以下です。(※受給している非課税年金に○をしてください)						単身550万円 (夫婦1,550万円)以下			
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金以外の合計所得金額と 課税年金収入額と非課税年金【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額120万円を超えます。(※受給している非課税年金に○をしてください)						単身500万円 (夫婦1,500万円)以下			
本人と配偶 者の預貯金 等に関する 申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは、別添のとおり。							↑64歳以下は単身1,000万円 (夫婦2,000万円)以下		
	預貯金額	合計		円	有価証券 (評価概算額)	合計		円	その他 (現金・負債を含む)	() 合計 円	

代行又は代理申請の場合は、こちらにご記入ください。 ↑ () 内に内容を書いてください。

申請者氏名			電話番号(自宅・勤務先)
申請者住所	(郵便番号 ー)		本人との関係

- 注意事項
- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全ての通帳等の写しを添付してください。
- (3)書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4)虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、
支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面の同意書に記入してください。

中芸広域連合記入欄

備考	利用者負担段階確認等						
	世帯および配偶者の課税状況	☐ 非課税	☐ 課税	認定結果	☐ 第1段階	☐ 第2段階	
	預貯金等	☐ 基準以下	☐ 基準超過		☐ 第3段階①	☐ 第3段階②	
	生活保護・老齢福祉年金 年金収入+合計所得金額 (非課税年金を含む)	☐ 非受給	☐ 受給	適用期間	☐ 第4段階		
		☐ 82.65万円以下	☐ 82.65万円超120万円以下		年 月 日 ~ 年 月 日		
		☐ 120万円超		通知方法	☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ その他		
	通知・交付年月日	年 月 日					

同意書

中芸広域連合長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署・年金保険者又は銀行・信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、中芸広域連合長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人> 住 所

氏 名

<配偶者> 住 所

氏 名

※代筆の場合

<代筆者> 住 所

氏 名

本人との関係