

# 介護保険負担限度額認定申請書

|                   |                |                                          |  |                                                                                                                |  |                                             |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
|-------------------|----------------|------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| フリガナ              |                | 個人番号                                     |  |                                                                                                                |  |                                             |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名            |                |                                          |  | 被保険者番号                                                                                                         |  |                                             |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
|                   |                |                                          |  | 生年月日                                                                                                           |  |                                             |  | 年                                         |  | 月                            |  | 日 |  |  |  |  |  |
| 住 所               |                | 〒                                        |  | —                                                                                                              |  | 連絡先                                         |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設の所在地及び名称（*） |                | 〒                                        |  | —                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/> ショートステイでの利用<br>連絡先 |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
| 入所年月日（*）          |                |                                          |  | 年                                                                                                              |  | 月                                           |  | 日                                         |  | （*）介護保険施設に入所しない場合には、記入は不要です。 |  |   |  |  |  |  |  |
| 結果送付先             |                | <input type="checkbox"/> 入所施設に直接送付を希望する。 |  | <small>※決定通知に関しては、原則被保険者の住民票上の住所に送付します。<br/>         ※住民票上以外の住所（入所施設を除く）に送付希望される場合は、別途送付先変更届を提出してください。</small> |  |                                             |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
| 配偶者の有無            |                | 有                                        |  | ・                                                                                                              |  | 無                                           |  | ※左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要です。 |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項         | フリガナ           |                                          |  | 個人番号                                                                                                           |  |                                             |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
|                   | 氏名             |                                          |  | 生年月日                                                                                                           |  |                                             |  | 年                                         |  | 月                            |  | 日 |  |  |  |  |  |
|                   | 課税状況           | 住民税                                      |  | 課税                                                                                                             |  | ・                                           |  | 非課税                                       |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
|                   | 住 所<br>（別居の場合） | 〒                                        |  | —                                                                                                              |  | 連絡先                                         |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |
|                   | 本年1月1日現在の住所    | 〒                                        |  | —                                                                                                              |  | ※現住所と異なる場合                                  |  |                                           |  |                              |  |   |  |  |  |  |  |

|           |                          |                                                                                                                         |                                                                   |
|-----------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者／住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者<br>預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。                                                | 遺族年金や障害年金の受給が、<br>ある ・ ない                                         |
|           | <input type="checkbox"/> | 住民税世帯非課税であって、課税年金収入額、その他の合計所得金額、非課税年金※<br>(注2)収入額の合計額が年額82.65万円以下です。<br>預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。          |                                                                   |
|           | <input type="checkbox"/> | 住民税世帯非課税であって、課税年金収入額、その他の合計所得金額、非課税年金※<br>(注2)収入額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。<br>預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 | 受給している全ての年金の保険者に○をしてください。<br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 |
|           | <input type="checkbox"/> | 住民税世帯非課税であって、課税年金収入額、その他の合計所得金額、非課税年金※<br>(注2)収入額の合計額が年額120万円を超えます。<br>預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。           |                                                                   |

|            |                                                       |                      |                        |             |  |
|------------|-------------------------------------------------------|----------------------|------------------------|-------------|--|
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。 |                      |                        |             |  |
|            | 預貯金額<br>円                                             | 有価証券<br>(評価概算額)<br>円 | その他<br>(現金・負債を含む)<br>円 | 内容 ( )<br>円 |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 筑後市長 様<br>上記の通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。<br><div style="text-align: center; margin: 10px 0;">             年      月      日         </div> 申請者（被保険者本人）<br>氏名 _____<br>申請書記入者（本人記入の場合不要）<br>住所 _____ 連絡先 _____<br>氏名 _____ 申請者との関係 _____（      ） | <div style="border: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             （受付印）           </div> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 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) 非課税年金は障害年金や遺族年金をいう。なお遺族年金には、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。
- (3) 預貯金等について、複数の口座を保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 書ききれない場合は、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。
- (5) 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。

|                  |             |                                                          |                          |     |           |       |                                                         |     |                                                         |                          |                          |                          |       |   |   |
|------------------|-------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----|-----------|-------|---------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|---|---|
| 市<br>記<br>入<br>欄 | 申請書記入者の本人確認 |                                                          | <input type="checkbox"/> | 受付者 |           | 保険料滞納 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 介護度 | <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 支援 | 認定結果                     |                          |                          |       |   |   |
|                  | 備考（世帯課税状況等） |                                                          |                          |     |           |       |                                                         |     |                                                         | <input type="checkbox"/> | 第1段階                     | <input type="checkbox"/> | 第3段階② |   |   |
|                  | 本人          | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 | 課税<br>年金                 |     | 非課税<br>年金 |       | その他                                                     |     | <input type="checkbox"/>                                | 第2段階                     | <input type="checkbox"/> | 却下                       |       |   |   |
|                  |             |                                                          |                          |     |           |       | 合計                                                      |     | <input type="checkbox"/>                                | 第3段階①                    |                          | ( )                      |       |   |   |
|                  | 配偶者         | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |                          |     |           |       |                                                         |     | 入力・発                                                    | 令和                       |                          | 年                        | 月     | 日 |   |
|                  | その他         | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |                          |     |           |       |                                                         |     | 有効<br>期限                                                | 自                        | 令和                       |                          | 年     | 月 | 日 |
|                  | その他         | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |                          |     |           |       |                                                         |     |                                                         | 至                        | 令和                       |                          | 年     | 月 | 日 |

# 同 意 書

筑 後 市 長 殿

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。)に私及び私の配偶者(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、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年      月      日

<本人>  
住 所  
氏 名

<配偶者>  
住 所  
氏 名