

# 介護保険負担限度額認定申請書

八女市長 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			被保険者番号				
被保険者氏名			個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
住所	〒		—		連絡先		
施設入所状況 (※ショートステイを利用している場合は、記入不要です。)	施設種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型特養					
	施設名				入所（院）年月日		
	所在地	〒		—		年 月 日	

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			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名			個人番号			
	住所	〒		—		連絡先	
	本年1月1日現在の住所	〒		—		※現住所と異なる場合に記載してください。	
課税状況	市民税		課税 ・ 非課税				

世帯の市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税		生活保護・老齢福祉年金の受給	有 ・ 無			
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※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。					受給している全ての年金の保険者に〇して下さい  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えて、120万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)					
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と合計所得金額と【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。 (受給している年金に〇して下さい)					
預貯金等に関する申告	預貯金等の合計金額は以下のとおりです。※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。						
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	( )※	円
※内容を記入して下さい							

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

結果の送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他（〒）
--------	---

- (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保有している場合は、そのすべてを記入し、預貯金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。

※八女市記入欄

<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 老福	段階判定 ※ 2号単身1000万（夫婦2000万）	受付
<input type="checkbox"/> 境界層	<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階① <input type="checkbox"/> 3段階② <input type="checkbox"/> 却下	
<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦（同一 ・ 別世帯）	単1000(2000) ; 単650(1650) ; 単550(1550) ; 単500(1500)	

## 同 意 書

八女市長 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。

令和 年 月 日

< 本 人 >

住 所

氏 名

< 配偶者 >

住 所

氏 名