

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

日向市長

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 |  |        |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                      | 連絡先         |  |        |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 連絡先         |  |        |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)年月日(※)              | 昭・平・令 年 月 日 |  |        |  |  |  |  |  |  | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及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    |         | 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    |                 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名     |                 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生 年 月 日 | 明・大・昭 年 月 日     |  |                                           |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所     | 連絡先             |  |                                           |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 課 税 状 況 | 市町村民税 課 税 ・ 非課税 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |   |      |  |  |  |  |   |     |                    |  |  |  |                   |                                                                     |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|---|------|--|--|--|--|---|-----|--------------------|--|--|--|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 収入等に関する申告  | <input type="checkbox"/> ①生活保護被保護者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者                                                                                                                           |  |  |  |  |   |      |  |  |  |  |   |     |                    |  |  |  |                   | 受給している全ての年金の保険者に○してください<br><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"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、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80万9千円以下です。<br><small>(受給している年金に○をしてください)<br/>※ 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</small>          |  |  |  |  |   |      |  |  |  |  |   |     |                    |  |  |  |                   |                                                                     |
|            | <input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、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80万9千円を超え、120万円以下です。<br><small>(受給している年金に○をしてください)</small>                                             |  |  |  |  |   |      |  |  |  |  |   |     |                    |  |  |  |                   |                                                                     |
|            | <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、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。<br><small>(受給している年金に○をしてください)</small>                                                      |  |  |  |  |   |      |  |  |  |  |   |     |                    |  |  |  |                   |                                                                     |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 |  |  |  |  |   |      |  |  |  |  |   |     |                    |  |  |  |                   |                                                                     |
|            | 預貯金額                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  | 円 | 有価証券 |  |  |  |  | 円 | その他 | ( )※<br>(現金・負債を含む) |  |  |  | 円<br>※内容を記入してください |                                                                     |

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

|       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者氏名 | 連絡先( 自宅 ・ 携帯 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者住所 | 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、そのすべてを記入し、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。

# 同意書

日向市長 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

## 日向市記入欄

|             |        |                        |                                                    |
|-------------|--------|------------------------|----------------------------------------------------|
| 転入日         |        | 非課税年金チェック<br>調査 要 ・ 不要 | <input type="checkbox"/> 年度途中の転入者(当該年1月1日以降)       |
| 徴収方法        | 特徴 普徴  |                        | <input type="checkbox"/> 徴収方法が普通徴収の人(住所地特例普徴は必ず調査) |
| 世帯課税状況      | 課税 非課税 |                        | <input type="checkbox"/> 年度途中で2号被保険者になった人          |
| 配偶者課税状況     | 課税 非課税 | 認定(決定)日                | 年 月 日                                              |
| 2号被保険者      | 該当 非該当 | 適用年月日                  | 年 月 日 ~ 年 月 日                                      |
| 2号被保険者資格取得日 |        | 負担限度額                  | 段階                                                 |
| 生活保護被保護者    | 有 無    | 番号                     |                                                    |
| 生活保護開始日     | 年 月 日  | 備考                     |                                                    |
| 生活保護廃止日     | 年 月 日  | 申請者確認                  | マイナンバーカード・免許証・その他( )                               |
| 給付制限状況      | 有 無    | 受付者                    |                                                    |
| 老齢福祉年金受給    | 円      | 入力確認                   | /                                                  |
| 年金収入+合計所得金額 | 円      |                        |                                                    |