

# 介護保険負担限度額認定申請書

裏面同意書要記入

年 月 日

八幡市長様

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。

被保険者に関する事項	フリガナ			個人番号															
	被保険者氏名			被保険者番号															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日														
	住所	〒																	
	介護保険施設の所在地及び名称	〒																	
	入所(院)年月日	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。													

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有	・	無	市町村民税課税状況	課税	・	非課税											
	フリガナ				個人番号														
	配偶者氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日										
	住所	〒																	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	( <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ )																	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ②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82.65万円以下です。(受給している年金に○して下さい) <small>※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"/> ③-1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82.65万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○して下さい) <input type="checkbox"/> ③-2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120万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)																	
	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は以下のとおりです。(負債がある場合、差し引きます。) ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに																
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 ( <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ )	本人との関係

**添付書類：同意書(裏面)、被保険者及びその配偶者の預貯金・有価証券にかかる通帳等の写し(銀行、支店名、口座名義、最終残高(最新の残高から2ヶ月間の取引情報)がわかるもの)。負債の場合借用証明書の写し。ただし、生活保護受給者の方は不要です。**

**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。
- (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。
- (5) 裏面の同意書につきましては、署名願います。

## 同意書

八幡市長 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、八幡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

(市確認欄)

【資産要件の確認】

種別	所得による判定	資産要件チェック	最終判定	
第一号	<input type="checkbox"/> 第1段階(生活保護)		<input type="checkbox"/> 承認	
	<input type="checkbox"/> 第1段階(老齢福祉年金)	<input type="checkbox"/> 単身 1,000 万円以下	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認
		<input type="checkbox"/> 夫婦 2,000 万円以下		
	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 単身 650 万円以下	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認
		<input type="checkbox"/> 夫婦 1,650 万円以下		
<input type="checkbox"/> 第3段階①	<input type="checkbox"/> 単身 550 万円以下	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認	
	<input type="checkbox"/> 夫婦 1,550 万円以下			
<input type="checkbox"/> 第3段階②	<input type="checkbox"/> 単身 500 万円以下	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認	
	<input type="checkbox"/> 夫婦 1,500 万円以下			
第二号	<input type="checkbox"/> 第1段階(生活保護)		<input type="checkbox"/> 承認	
	<input type="checkbox"/> 第1段階～第3段階	<input type="checkbox"/> 単身 1,000 万円以下	<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 不承認
<input type="checkbox"/> 夫婦 2,000 万円以下				
	<input type="checkbox"/> 第4段階(却下)			

【給付額減額の有無】 無・有(令和 年 月 日～令和 年 月 日)