

# 介護保険負担限度額認定申請書

山陽小野田市長 宛

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。

|   |   |   |                        |
|---|---|---|------------------------|
| 被保険者番号  |   | 個人番号  |                        |
| フリガナ  |   | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日生           |
| 被保険者氏名  |   | 性別  | 男 ・ 女                  |
| 住 所   | 〒 _____ 電話番号 ( )  |   |                        |
| 介護保険施設の所在地及び名称  | 電話番号 ( )<br><small>※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。</small>             |   |                        |
| 入所年月日   | _____年 _____月 _____日<br><small>※この欄は介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。</small> |   |                        |
| 配偶者<br><br><small>※右欄において「無」の場合は記入不要です。</small>   | 有   | フリガナ  | 個人番号                   |
|   | 無   | 氏 名   | 生年月日                   |
|   |   | 住 所   | 電話番号 ( )               |
|   |   | 課税状況  | 市町村民税 課税 ・ 非課税         |
| 本人の収入等に関する申告  | <input type="checkbox"/> 第1段階   | 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"/> 第2段階   | <input type="checkbox"/> 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 <b>年額80万円以下</b> です。(受給している年金に○してください。)<br><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><br><input type="checkbox"/> かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下</b> です。<br><small>※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。以下同じ。</small> |                        |
|   | <input type="checkbox"/> 第3段階①  | <input type="checkbox"/> 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 <b>年額80万円を超え120万円以下</b> です。(受給している年金に○してください。)<br><input type="checkbox"/> かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下</b> です。  |                        |
|   | <input type="checkbox"/> 第3段階②  | <input type="checkbox"/> 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 <b>年額120万円を超え</b> ます。(受給している年金に○してください。)<br><input type="checkbox"/> かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が <b>500万円(夫婦の場合は1,500万円)以下</b> です。  |                        |
| 預貯金等に関する申告<br><small>(配偶者がある場合は2人の合計金額)<br/>         ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small> |   | 預貯金額<br>_____ 円   | 有価証券(評価概算額)<br>_____ 円 |
|   |   | その他(現金・負債を含む)<br>内容 ( ) _____ 円   |                        |
| 令和 _____年 _____月 _____日   |   |   |                        |
| 申請者 住所  |   | 代筆者住所   |                        |
| 氏名  |   | 氏名(続柄)  |                        |
| 電話番号  |   | 電話番号  |                        |

受給している年金の保険者に○してください。  
  
日本年金機構  
地方公務員共済  
国家公務員共済  
私学共済

- 【注意】** 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. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。  
 3. 預貯金等については、通帳等を複数保有している場合はそのすべての写しを申請書にホッチキスでとめてください。  
 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。

|  |        |   |       |       |         |         |  |
|--|--------|---|-------|-------|---------|---------|--|
| 市 記 入 欄                                    |        | 備 考   |       |       |         |         |  |
| <input type="checkbox"/> 税証明(市外に居住している配偶者) |        | <b>【利用者負担段階】</b><br>食 費・居住費： 第 1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② 段階 |       |       |         |         |  |
| <input type="checkbox"/> 通帳等の写し            |        |   |       |       |         |         |  |
| <input type="checkbox"/> 同意書               |        |   |       |       |         |         |  |
| 審 査  | 決 定    | 適 用 期 間   | 受 付 日 | 受 付 者 | 市 入 力 日 | 市 入 力 者 |  |
| 本人世帯                                       | 非課税・課税 | 令和 _____年 _____月 _____日                           | /     |       | /       |         |  |
| 配 偶 者                                      | 非課税・課税 | _____ ~ _____                                     |       |       |         |         |  |
| 資 産  | 範囲内・超過 | 令和 _____年 _____月 _____日                           |       |       |         |         |  |

本人確認欄 1点確認 マ・免・身・旅・特・他 ( )  
 2点確認 健・介・後・年・生・他 ( )

裏面もあります

# 同意書

山陽小野田市長 宛

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

## 申請者用提出書類確認欄

- 税証明(他市に居住している配偶者)
- 通帳等の写し