

(表)  
介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 北茨城市長

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												保険者番号	0	8	2	1	5	6					
被保険者氏名												被保険者番号											
												個人番号											
生年月日	年 月 日					性別					男 ・ 女												
住所	〒											電話番号											
現在入所している 介護保険施設 (入所されていない場合は記入不要です)	名称																						
	所在地																						
	入所年月日	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」については記入不要です。																		
配偶者に関する事項	個人番号												生年月日	年 月 日							
	フリガナ												市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税							
	配偶者の住所 <small>(被保険者と同居の場合は記入不要)</small>	〒											電話番号								
	配偶者の1月1日現在の住所 <small>(現住所と異なる場合)</small>	〒											電話番号								

申請者	氏名	被保険者との関係 ( )																		
	住所	〒											電話番号							

※申請者が被保険者本人の場合には記入不要です。

●裏面（預貯金等に関する申告等）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

市 記 入 欄	交付年月日	備 考																		
	令和 年 月 日																			
	適用年月日	世帯全員市町村民税	□課税	□非課税	別世帯配偶者の市町村民税課税状況															
	令和 年 月 日 から	高齢福祉年金	□あり	□なし																
		生活保護	□あり	□なし	□課税	□非課税														
	有効期限	所得等	□80万円以下	□80万円を超える	判 定															
令和 年 月 日	預貯金等（配偶者無）	□1,000万円以下	□1,000万円を超える	1 ・ 2 ・ 3																
	預貯金等（配偶者有）	□2,000万円以下	□2,000万円を超える	非該当																

(裏)

(表面からの続き)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者				
	<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額と【遺族年金(※)・障害年金】収入額の合計額が <u>年額80万円以下</u> です。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</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。				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"/>	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額と【遺族年金(※)・障害年金】収入額の合計額が <u>年額80万円を超えます</u> 。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>				
預貯金額等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
		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)

【注意事項】

- (1) 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、その全てを記入してください。
- (2) 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うえ添付してください。
- (3) 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。

【必要書類】

- 預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
  - ・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名、支店名、名義、最終残高(2箇月前まで)の分かる部分)
  - ・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
  - ・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

## 同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公庁、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関に対して、私及び配偶者(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照会すること及び私の当該申請に対する決定事項について居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、北茨城市が情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印