

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

小千谷市長 あて

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) 申請者氏名	電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

フリガナ	被保険者番号	0	0	0	0	0				
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	〒	電話番号
----	---	------

入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	電話番号
----------------------------------	------

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	個人番号								
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日		市町村民税課税状況	課税・非課税				
	住所	〒	電話番号							
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)		〒							

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給しているすべての年金の保険者に○を付けてください。  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【遺族年金・障害年金】の合計額が年額 80 万円以下です。 ※遺族年金または障害年金のうち、受給している年金を○で囲んでください。 遺族年金には、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。				
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【遺族年金・障害年金】の合計額が年額 80 万円を超えます。 ※遺族年金または障害年金のうち、受給している年金を○で囲んでください。 遺族年金には、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。				
預貯金等に関する申告	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

※詳細は裏面に記入ください。

➤ **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。**

小千谷市記入欄

決裁	課長	課長補佐	係長	係員	起案	. .	公印使用	発送
					決裁	. .		
					発送	. .		

下記のとおり負担限度額の適用を認定してよろしいでしょうか。

承認	適用年月日		<input type="checkbox"/> 第1段階…市民税世帯非課税で老齢年金受給者、生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 第2段階…市民税世帯非課税で合計所得金額+課税及び非課税年金収入≤80万円 <input type="checkbox"/> 第3段階…市民税世帯非課税で第2段階以外の者 ・特例減額措置提供者
	令和 年 月 日から		
	有効期限		
	令和 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 配偶者非課税 ・同世帯・別世帯 <input type="checkbox"/> 資産該当 ・単身者 1,000 万円以下・夫婦 2,000 万円以下
却下	<input type="checkbox"/> 課税 ・本人課税 ・世帯員課税 ・別世帯配偶者課税 <input type="checkbox"/> 資産非該当 ・単身 1,000 万円超 ・夫婦 2,000 万円超		発送 <input type="checkbox"/> 通知書の対象者を照合 <input type="checkbox"/> 通知書の送付先を照合 <input type="checkbox"/> 通知書と認定証を照合

(表面からの続き)

◎預貯金等に関する申告

□	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原則 2 ヶ月分を添付のこと。		
	種 類	金融機関及び支店名	預貯金額
本人 (被保険者)	預貯金	有	(普・定) 円
		無	(普・定) 円
	有価証券等	有	種 類 金 額
		無	円
その他 (現金・負債等)	有	種 類 金 額	
	無	円	
配偶者	預貯金	有	(普・定) 円
		無	(普・定) 円
	有価証券等	有	種 類 金 額
		無	円
その他 (現金・負債等)	有	種 類 金 額	
	無	円	
合 計			円

○添付書類

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か月前まで）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

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、その全てを記入してください。
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

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> ※自署

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

<配偶者> ※配偶者が無の場合、以下は記入不要です。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_