

介護保険負担限度額認定申請書

丹波篠山市長 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。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号 (マイナンバー)	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住 所	〒 電話番号		
介護保険施設の 所在地及び名称 ※	〒 電話番号		
入所(院)年月日 ※	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
	課税状況	市民税 課税 ・ 非課税	個人番号 (マイナンバー)
	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	65歳以上の 人	<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 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、 公的年金収入額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額が年額80万円以下 かつ 預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、 公的年金収入額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額が年額80万円超120万円以下 かつ 預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、 公的年金収入額（非課税年金を含む）＋その他の合計所得金額が年額120万円超 かつ 預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下					
	※ 65歳未満の人は預貯金等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下						
	受給している全ての年金保険者に☑して下さい。		非課税年金受給の有無				
	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学年金		有（遺族年金 / 障害年金） ・ 無				
預貯金等に関する申告		預貯金、有価証券等の金額は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり（必ず添付してください）					
		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
		※内容を記入して下さい					

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
申請者住所	本人との関係

※裏面もご記入ください

同意書

丹波篠山市長 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、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に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

※被保険者及び配偶者本人が自署の場合は押印不要

注意事項

- 申請の際には、本人及び配偶者の通帳等における必要箇所の写しを添付してください。
※写しが必要なページについて…①名義人(本人及び配偶者)、金融機関名がわかるページ
②直近（おおよそ3ヶ月以内）の残高のわかるページ
③定期預金のわかるページ
- 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。
- 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、そのすべての残高の合計を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

丹波篠山市記入欄

交付年月日	適用年月日			有効年月日	
年 月 日	年 月 日から			年 月 日まで	
利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 第一段階	<input type="checkbox"/> 第二段階	<input type="checkbox"/> 第三段階①	<input type="checkbox"/> 第三段階②	<input type="checkbox"/> 第四段階 (非該当)
要介護度	<input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護5				
非該当の理由	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		<input type="checkbox"/> 世帯外の配偶者が課税		<input type="checkbox"/> 資産要件非該当
備考					