

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

熱海市長 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。

太枠の中を記入してください。（裏面あり）

|                            |     |  |     |        |  |
|----------------------------|-----|--|-----|--------|--|
| 申請者<br>(被保険者本人の場合は記入不要です。) | 氏 名 |  | 連絡先 |        |  |
|                            | 住 所 |  |     | 本人との関係 |  |

|        |  |        |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|--|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者氏名 |  | 保険者番号  |   |   |   |   |   |   |   |
| フリガナ   |  |        |   | 2 | 2 | 2 | 0 | 5 | 9 |
| 印      |  | 被保険者番号 |   |   |   |   |   |   |   |
|        |  | 2      | 0 | 5 | 0 |   |   |   |   |
|        |  | 個人番号   |   |   |   |   |   |   |   |
|        |  |        |   |   |   |   |   |   |   |

|      |       |    |       |  |
|------|-------|----|-------|--|
| 生年月日 | 年 月 日 | 性別 | 男 ・ 女 |  |
|------|-------|----|-------|--|

|     |   |            |  |
|-----|---|------------|--|
| 住 所 | 〒 | 電話番号 ( ) - |  |
|-----|---|------------|--|

|                     |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|
| 介護保険施設等の<br>名称及び所在地 |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|

|                    |       |                                             |  |
|--------------------|-------|---------------------------------------------|--|
| 入 所 (院)<br>年月日 (※) | 年 月 日 | ※介護保険施設に入所 (院) しない場合やショートステイ利用の場合には記入は不要です。 |  |
|--------------------|-------|---------------------------------------------|--|

|           |                 |                      |                                            |      |       |
|-----------|-----------------|----------------------|--------------------------------------------|------|-------|
| 配偶者に関する事項 | 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、記入は不要です。 |      |       |
|           | フリガナ            |                      |                                            | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 氏 名             |                      |                                            |      |       |
|           | 住 所             | 〒                    | 電話番号 ( ) -                                 |      |       |
|           | 本年1月1日<br>現在の住所 | (現住所と異なる 〒<br>場合に記載) |                                            |      |       |
|           | 課税状況            | 【市民税】 課税 ・ 非課税       |                                            |      |       |

|           |                          |                                                                                                           |  |  |                                                                                   |
|-----------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>全ての年金の<br>保険者に○を<br>してください。<br><br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 |
|           | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者で、前年の合計所得金額と課税年金収入額と、<br>【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万9千円以下です。<br>(受給している非課税年金があれば、下記欄に○をしてください)       |  |  |                                                                                   |
|           | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者で、前年の合計所得金額と課税年金収入額と、<br>【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万9千円超120万円以下です。<br>(受給している非課税年金があれば、下記欄に○をしてください) |  |  |                                                                                   |
|           | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者で、前年の合計所得金額と課税年金収入額と、<br>【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額120万円超です。<br>(受給している非課税年金があれば、下記欄に○をしてください)         |  |  |                                                                                   |

|                  |                                                                                 |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 本人の非課税年金<br>受給状況 | 受給している非課税年金に○をしてください。<br>1. 遺族年金 (寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む) 2. 障害年金 3. 受給無 |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|

|                      |      |   |                 |   |                    |            |
|----------------------|------|---|-----------------|---|--------------------|------------|
| 預貯金等に関する申告<br>※内容を記載 | 預貯金額 | 円 | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債を含む。) | ( ) ※<br>円 |
|----------------------|------|---|-----------------|---|--------------------|------------|

市記入欄

|         |               |          |                    |          |  |
|---------|---------------|----------|--------------------|----------|--|
| 交付年月日   | 備 考           |          |                    |          |  |
| 年 月 日   | (所得分布の状況等を記入) |          | 利用者負担額 1・2・3①・3②・4 |          |  |
| 適用年月日   | 1 生活保護受給      | 有 ・ 無    | 5 配偶者課税状況          | 課税 ・ 非課税 |  |
| 年 月 日から | 2 老福年金受給      | 有 ・ 無    | 6 預 貯 金            | 有 ・ 無    |  |
|         | 3 遺族・障害年金受給   | 有 ・ 無    | 7 給付額減額状況          | 有 ・ 無    |  |
|         | 4 世帯課税状況      | 課税 ・ 非課税 |                    |          |  |
| 有効期限    | 受付            | 入力       | 確認                 | 備考       |  |
| 年 月 日まで |               |          |                    |          |  |

【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事実婚の者を含みます。
- (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、預貯金の写しを添付してください。（通帳の表紙・定期預金のページ・申請日の直近2箇月の記載があるページ・最終残高の確認できるページを揃えて、本人と配偶者の分を添付してください。）
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入の上で添付してください。
- (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

熱 海 市 長     あて

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。

年        月        日

《本 人》

住 所    :

氏 名    :

印

《配偶者》

住 所    :

氏 名    :

印