

介護保険負担限度額認定申請書

新規	更新
----	----

北九州市長 様

令和 3 年 〇 月 〇 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・住居費(滞在費)にかかる負担限度額認定を申請します。

フリガナ	カイゴ タロウ		被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者氏名	介護 太郎		個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
生年月日	明・大・昭	〇年 〇月 〇日	性別	男・女
住所	〒 802-0000 小倉北区〇〇町1番1号			
介護保険施設等の名称及び所在地	施設の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> ショートステイ	名称※	特別養護老人ホーム〇〇園
	所在地※	〒802-0000 小倉北区△△町2番2号 (電話番号) 〇〇〇-〇〇〇〇		入所(院)年月日※

※印の欄は、介護保険施設に入所(院)している場合にのみ記入してください。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含まれます。		
配偶者に関する事項	フリガナ	カイゴ ハナコ	生年月日	明・大・昭 △年△月△日
	氏名	介護 花子	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
			市民税課税状況	課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税
	被保険者と別居している場合は住所	小倉北区□□町3番3号		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	3つのうち、該当するものに〇をつけてください。下段についても同様です。		

収入・預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	<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"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円以下(夫婦は2,000万円以下)です。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金(※1)・障害年金・受給なし(該当するものに〇を)】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (※1) 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。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円以下(夫婦は1,650万円以下)です。 (※2) 第2号被保険者は預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円以上(夫婦は2,000万円以下)。以下同じ	
	<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金(※1)・障害年金・受給なし(該当するものに〇を)】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。	
<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円以下(夫婦は1,550万円以下)(※2)です。		
<input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金・受給なし(該当するものに〇を)】収入額の合計額が年額120万円超です。		
<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円以下(夫婦は1,500万円以下)(※2)です。		

資産の詳細	本人	預貯金額	1,000,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債)	10,000円
	配偶者		500,000円		0円		0円
		合計		1,500,000円	合計	0円	合計

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、年金保険者または銀行、私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、

令和 3年 〇月 〇日

【本人】
住所 小倉北区〇〇町1番1号 (代筆者氏名)

氏名 介護 太郎 (続柄)

【配偶者】※配偶者がいる場合は必ず記入してください。
住所 小倉北区□□町3番3号 (代筆者氏名)

氏名 介護 花子 (続柄)

※署名(自筆)の場合は、押印する必要はありません。

自署であれば押印不要です。自署以外は押印してください。

該当がない場合は0円と記入してください。必ず記入が必要です。

被保険者以外の方が同意書欄に記入した場合はこちらも記入してください。

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	介護 一郎	電話番号	△△△-△△△△
申請者住所	〒802-0000 小倉北区〇△町5番6号	本人との関係	長男
認定証等の希望送付先(〇で囲む): 被保険者住所地・ <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設・申請者住所地・その他()			

【注意事項】

- 預金通帳等の写しは「名義記載ページ」、「最終残高が確認できるページ(申請日の直近から2ヶ月前までのもの)」、「定期預金のページ(利用がない場合も白紙の1ページ目)」を添付してください。(配偶者のものも含まれます。)
- 記入欄が不足する場合は、余白に記入もしくは別紙に記入のうえ、添付してください。
- 虚偽の申告により不正に本支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。