

介護保険負担限度額認定申請書

新規

更新

令和 年 月 日

北九州市長 様

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			被保険者番号				
被保険者氏名			個人番号				
生年月日	明・大・昭	年 月 日					
住所	〒		(電話番号)				
介護保険施設等の名称及び所在地	施設の種類	<input 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※		
	所在地※	〒	(電話番号)			入所(院)年月日※	平・令 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	有・無	この申請書における「配偶者」については、別世帯に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			生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏名			個人番号		
	課税状況	市民税		課税	・ 非課税	

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	被保険者と別居している場合は住所		
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)		

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 type="checkbox"/> 市民税世帯非課税であって、課税年金収入額とその他の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○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 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)(※2)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1,000万円以下(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、課税年金収入額とその他の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○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。 市民税世帯非課税であって、課税年金収入額とその他の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○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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債)	円
	配偶者		円		円		円
		合計	円	合計	円	合計	円

同意書

北九州市長あて

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、信託会社その他の機関に私及び私の配偶者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、北九州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。

令和 年 月 日

【本人】

住所 _____ (代筆者氏名)

氏名 _____ (続柄)

※署名(自筆)の場合は、押印する必要はありません。

【配偶者】※配偶者がいる場合は必ず記入してください。

住所 _____ (代筆者氏名)

氏名 _____ (続柄)

※署名(自筆)の場合は、押印する必要はありません。

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	電話番号
申請者住所 〒	本人との関係
認定証等の希望送付先(○で囲む): 被保険者住所地・入所介護保険施設・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。

<保険者記入欄>

起案日	令和 年 月 日	受付	担当	係長	課長
決裁日	令和 年 月 日				

下記のとおり決定してよろしいか。

決定処分		承認 ・ 非承認		交付年月日	令和 年 月 日
適用年月日		令和 年 月 日から		有効期限	令和 年 月 日まで
認定状況	生活保護等 受給状況	市民税世帯 課税状況	収入状況等		利用者負担段階
要介護 または 要支援 1・2	被保護者	非課税			第 1 段 階
	老齢福祉年金	非課税			第 1 段 階
	境界層該当		別紙作成	第 段 階	
	上記以外	非課税	課税年金収入額＋合計所得金額＋非課税 年金収入額≤80万円／年		第 2 段 階
			80万円＜課税年金収入額＋合計所得金額＋ 非課税年金収入額≤120万円／年		第 3 段 階 ①
			120万円＜課税年金収入額＋合計所得金額＋ 非課税年金収入額		第 3 段 階 ②
			課税者の特例 → 別紙作成		第 3 段 階 ②
	課税	上記以外(別世帯の配偶者課税の場合を含む)		非 該 当	
		資産超過		非 該 当	
給付制限	<input type="checkbox"/> 支払方法変更 一旦全額自己負担後、補足給付相当分(差額分)を後日請求				
	<input type="checkbox"/> 給付額の減額 給付額の減額期間中の補足給付適用不可				
<input type="checkbox"/> 他市町村からの転入				適用	入力
令和 年 月 日()市・町・村に課税照会					
令和 年 月 日()市・町・村から回答					

■お問い合わせ・申請窓口 各区役所保健福祉課介護保険担当

区	住所	電話
門司区役所	〒801-8510 門司区清滝一丁目1番1号	3 3 1 - 1 8 9 4 (直通)
小倉北区役所	〒803-8510 小倉北区大手町1番1号	5 8 2 - 3 4 3 3 (直通)
小倉南区役所	〒802-8510 小倉南区若園五丁目1番2号	9 5 1 - 4 1 2 7 (直通)
若松区役所	〒808-8510 若松区浜町一丁目1番1号	7 6 1 - 4 0 4 6 (直通)
八幡東区役所	〒805-8510 八幡東区中央一丁目1番1号	6 7 1 - 6 8 8 5 (直通)
八幡西区役所	〒806-8510 八幡西区黒崎三丁目15番3号	6 4 2 - 1 4 4 6 (直通)
戸畑区役所	〒804-8510 戸畑区千防一丁目1番1号	8 7 1 - 4 5 2 7 (直通)