

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 3 年 4 月 1 日

(申請先) 安芸高田市長

申請日を記入

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	アキタカ タロウ	被保険者番号	3 8 1 0 0 0 0 0 1 2
被保険者氏名	安芸高 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 0 0 9 8 7 6 5
生年月日	昭和 23 年 4 月 1 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 731-0501 安芸高田市吉田町吉田730番地 連絡先 0826-42-5618		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 731-0000 安芸高田市吉田町吉田0000番地 特別養護老人ホーム安芸高田 連絡先		
入所(院)年月日(※)	令和 3 年 4 月 1 日生	(※)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」を記入。		
配偶者に関する事項	フリガナ	アキタカ ハナコ		
	氏名	安芸高 花子		
	生年月日	昭和 24 年 9 月 1 日	個人番号	1 2 3 4 0 0 0 0 9 8 7 6
	住所	〒 731-0501 安芸高田市吉田町吉田791番地 連絡先 0826-47-1281		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	本年1月1日の住所と、現在の住所が異なる場合のみ記入		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税 該当する方に○			

申請する ところに チェック	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している場合は○) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子加算金、遺族年金を含みます。以下同じ。								
収入等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。								
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。								
預貯金等の合計額を記入し、条件に該当している場合はチェック	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は550万円(夫婦は1100万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1550万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦2000万円)以下です。								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">預貯金額</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">○○○○ 円</td> <td style="width: 25%;">有価証券(評価概算額)</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">○○○○ 円</td> </tr> <tr> <td>その他(現金・負債を含む)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">(現金)※ ○○○○ 円</td> </tr> </table>	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)	(現金)※ ○○○○ 円		
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)	(現金)※ ○○○○ 円								

※内容を記入してください

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	安芸高 花子
申請者住所	〒 731-0501 安芸高田市吉田町吉田791番地
連絡先(自宅・勤務先)	0826-47-1281
本人との関係	妻

**注意事項**

申請者が本人以外の場合は記入

- (1) この申請書における「配偶者」には、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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

≪裏面もご記入ください≫

# 同意書

安芸高田市長 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、貴安芸高田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。

申請日を記入

令和 3 年 4 月 1 日

<本人>

本人の住所と氏名を記入 ※住民票上の住所

住所

氏名

配偶者がいる場合は、配偶者の住所と氏名を記入 ※同上

<配偶者>

住所

氏名

本人・家族以外が同意書サインを代筆する場合は記入

代筆 福祉 太郎（施設職員）