

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

国東市長 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									
生年月日	個人番号									
住 所	明・大・昭・平・令 年 月 日 生									
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・平・令 年 月 日 生			個人番号					
	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）									
	課税状況	市民税			課税			非課税		

非課税年金受給の有無	有（遺族年金 / 障害年金）・無			世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税 非課税				
収入等に関する申告	負担段階	収入区分			預貯金等の合計額				
	<input type="checkbox"/> 第1段階	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			預貯金等の合計が1,000万円（夫婦2,000万円）以下				
	<input type="checkbox"/> 第2段階	年金収入額※＋ その他の合計所得金額 ※非課税年金収入額を含む	80万円以下		預貯金等の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下				
	<input type="checkbox"/> 第3段階①		80万円超～ 120万円以下		預貯金等の合計が550万円（夫婦1,550万円）以下				
	<input type="checkbox"/> 第3段階②		120万円超		預貯金等の合計が500万円（夫婦1,500万円）以下				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり							
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 () ※	円			

※現金・負債を含む内容を記入してください。

申請書が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

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内縁関係を含みます。
- (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すべてを記入して下さい。本人及び配偶者の通帳及び有価証券等の写しを添付して下さい。（申請から2か月前までのもので名義、日付、残高が確認できる部分の写し）
- (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下さい。
- (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

国東市長 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

《配偶者》

住 所

氏 名

代筆者氏名

（続柄）