

介護保険負担限度額認定申請書

岡山市長様

令和 年 月 日

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		被保険者番号	000																	
被保険者氏名 (成年後見人等氏名)		個人番号【マイナンバー】(空欄でも可)																		
		生年月日	大・昭			年	月	日												
住 所	〒																			
	電話番号																			
入所(院)した介護保険施設の名称(※)			入所(院)年月日	年			月	日												
	(※)ショートステイを利用する場合は記入不要です																			

① 配偶者に関する事項

配偶者の有無 ※必ずご記入ください	有 ・ 無	※配偶者が亡くなっている場合は、「無」に○をしてください。 ※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		被保険者番号	000																
	氏 名		個人番号【マイナンバー】(空欄でも可)																	
			生年月日	大・昭			年	月	日											
	住 所 (被保険者住所と異なる場合記入)	〒	電話番号																	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合記入)		課税状況	市県民税(住民税) 課税 ・ 非課税																

② 預貯金等に関する申告

※本人・配偶者とも預貯金、有価証券にかかる全ての通帳等の写しを必ず添付してください。

収入等	非課税年金の有無と種類 ※労災・恩給・弔慰金・給付金などは非課税年金に含まれません		☐ 生活保護受給者です。		
	有 (遺族年金 ・ 障害年金) / 無				
	市町村民税世帯非課税者かつ年金額(障害年金・遺族年金含む)とその他の合計所得金額の合計が以下のとおりです。 ※2号被保険者(65歳未満の方)は以下のいずれの収入額においても、「かつ、」以降の文章を「預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。」と読み替えてください。				
	☐	年額80万9千円以下	かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。		
	☐	年額80万9千円超120万円以下	かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。		
預貯金等	☐	年額120万円超	かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。		
	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※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 (現金・負債を含む)

申請書提出(記入)者 (申請書提出事業者)	フリガナ
	氏名
	電話番号

注意事項

- (1)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、そのすべての合計金額を記入してください。
- (2)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。
- (3)本人の失念等による資産の申告漏れにより、適用された減額分(支給額)は民法上の不当利得にあたるため返還いただくことがあります。なお、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。

【市記入欄】

交付	年	月	日	認定	年	月	日	～	年	月	日
適用	年	月	日	判定	1・2・3-1・3-2・非該当						
有効期間	年	月	日								

裏面あり
必ず記入

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関（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。

令和 年 月 日

【本人】 住所

氏名

【配偶者】 住所

氏名