

介護保険負担限度額認定申請書

<input type="checkbox"/> 令和7年度分 期間:申請月の初日~R8.7.31分
<input type="checkbox"/> 令和8年度分 期間:R8.8.1(申請月が9月以降の場合はその月の初日)~R9.7.31分

(申請先) 白杵市長 殿 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	0 0 0						
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								
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	所在地	電話番号							
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令	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	年		月		日	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	市町村民税	課税		非課税											

非課税年金の有無 (年金種別)	有(遺族年金/障害年金) ・ 無				非課税年金「有」の場合は、受給している年金に○ して下さい。					
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					
	第1段階	<input type="checkbox"/>	・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者			要件なし				
	第2段階	<input type="checkbox"/>	世帯全員が 市町村民税 非課税	年金収入額(*) + その他の合計所得金額	82.65万円以下 (令和7年度分は80.9万円以下)		単身650万円(夫婦1,650万)以下			
	第3段階 ①	<input type="checkbox"/>			82.65万円超~ 120万円以下 (令和7年度分は80.9万円超)		単身550万円(夫婦1,550万)以下			
	第3段階 ②	<input type="checkbox"/>			120万円超		単身500万円(夫婦1,500万)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)	()	※	円		

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。 ※内容を記入してください

申請者氏名	電話番号
申請者住所 〒	本人との関係

【認定結果の送付先】被保険者住所・申請者住所・入所施設・その他〔 〕

- 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。

同意書

白杵市長 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

氏 名

《配偶者》

住 所

氏 名

	受付	通帳・定期	送付先	同意書
保険者 確認欄				