

介護保険負担限度額認定申請書の記入方法

裏面あり

①から⑥の順に従って記入してください。記入内容に不備があると、再提出をお願いする場合がありますので記入漏れにご注意ください。

①申請書に記入される方の氏名・住所・連絡先を記入してください。
「本人との関係」欄には、被保険者の方との関係を記入してください（家族の方のみ）。なお、ご本人の場合は①の記入は不要です。

介護保険負担限度額認定申請書 裏面あり

留萌市長様
次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。 年 月 日

申請者氏名	留萌 一郎	連絡先（自宅・勤務先）	0164-00-0000
申請者住所	留萌市〇〇町〇丁目〇-〇	本人との関係	子

申請者が被保険者本人の場合には、上記については記入不要です。

フリガナ	ルモイ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇
被保険者氏名	留萌 太郎	個人番号	
生年月日	S 〇 〇 年 〇 月 〇 〇 日	性別	男・女
現住所	〒077-0000 留萌市〇〇町〇丁目〇-〇	TEL	0164-00-0000
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒077-0000 留萌市〇〇町〇丁目〇-〇	TEL	0164-00-0000
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利用している場合は、記入不要です。	

②被保険者の方の情報を記入してください。

③配偶者の有無のいずれかに〇をし、「有」の場合は、配偶者情報を記入してください。
（配偶者が市外在住の方については、税証明書を添付して、課税・非課税のいずれかに〇を付けてください。）

④被保険者の収入状況について当てはまるものにチェックを入れてください。（不明の場合は空白で結構です。）

⑤非課税年金を受給している方は、障害年金・遺族年金及び受給している年金にチェックを入れてください。（申請者が本人でない場合は、必ず非課税年金を受給しているか、確認してください。）

⑥預貯金額の合計について、基準額を下回っていることを確認し、チェックを入れてください。また、その金額（夫婦の場合は合計額）を記入してください。
※預貯金通帳等のコピー（表紙と年金支給額のわかるページ及び最終記帳ページ）を必ず添付してください。ご夫婦の場合はご両名分必要です。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 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。
世帯	住民登録上	同一世帯	別世帯（市内在住）
フリガナ	ルモイ カズコ	生年月日	S 〇 〇 年 〇 月 〇 〇 日
氏名	留萌 一子	被保険者番号	0 0 0 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇
現住所	〒077-0000 留萌市〇〇町〇丁目〇-〇	個人番号	
1月1日時点の住所（※）	〒077-0000 留萌市〇〇町〇丁目〇-〇	（※）現住所と異なる場合にご記入ください。	
課税状況	市町村民税	課税	非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者又は市町村民税非課税者のみの世帯で、老齢福祉年金受給者です。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額と課税年金収入額【遺族年金※・障害年金】等の合計額が年額80,000円以下です。 ※ 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"/>	市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】等の合計額が年額80,000円超120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税者のみの世帯（かつ配偶者がいる場合、配偶者が市町村民税非課税者）であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】等の合計額が年額120万円を超えます。	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	1. 預貯金、有価証券等の金額の合計が 受給している全ての年金にチェックを入れてください	
	<input type="checkbox"/>	1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下です（第1段階）	
	<input checked="" type="checkbox"/>	1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下です（第2段階）	
	<input type="checkbox"/>	550万円（夫婦の場合は1,100万円）以下です（第3段階）	
		500万円（夫婦の場合は1,000万円）以下です（第4段階）	
		日本年金機構	
		地方公務員共済	
		国家公務員共済	
		私学共済	
預貯金	100万 円	有価証券 (許し概算額)	200万 円
		その他 (現金、負債を除く)	100万 円

注1 介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に被保険者及び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等について、照会を行うことがあります。
注2 配偶者が留萌市以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。
注3 預貯金等については通帳等の写しを添付してください。
注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。

結果送付先 現住所・申請者住所 その他 (※) 〒077-0000 留萌市〇〇町〇丁目〇 留萌 次郎

（※）その他の場合にご記入ください。

留萌市記入欄	備考
交付年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 本人世帯非課税 <input type="checkbox"/> 配偶者（無・非課税）
	<input type="checkbox"/> 預貯金額基準以下
	<input type="checkbox"/> 第 段階 (P 〇 却下 (のため))

⑦「その他」は預貯金などで記載した金額以外に所有する現金などから、負債を差し引いた金額を記入してください。
※金額を証するために必要な書類のコピーを添付してください。

⑧ 結果の送付先に該当するいずれかに〇を付けてください。
（その他の場合は結果送付先住所・宛名を記入してください。）

同意書の記入方法

「同意書」(申請書の裏面)の同意事項をご確認いただき、①から③までの順に従ってご署名及びご捺印をお願いします。不備があると、再提出をお願いする場合がありますのでご注意ください。

<u>同意書</u>	
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等について、照会することに同意します。	①記入日を記入してください。 (表面申請書の上部にある申請日と同日で記入してください。)
年 月 日	
<本人>	②住所及び氏名を記入いただき、押印をお願いします。 (認印可・スタンプ印不可)
住所 _____	
氏名 _____ 印	③配偶者がいる場合は、配偶者の方の住所及び氏名を記入いただき、押印をお願いします。 (認印可・スタンプ印不可)
<配偶者>	
住所 _____	
氏名 _____ 印	