

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 宮崎県日南市長 年 月 日
次のとおり関係書類を添えて、食事・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										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	年 月 日		性別										
住所	連絡先												
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称（※）	連絡先												
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	年 月 日				個人番号							
	住所	連絡先											
	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											

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者											
	☐	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。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。） ※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。											
	☐	④市町村民税非課税者であって、 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。											
	☐	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。											
預貯金等に関する申告	☐	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、 650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円） 以下です。 ※第2号被保険者の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下。											
	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			

※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	連絡先（自宅・連絡先）
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。

※市役所確認欄

個人番号確認及び 本人確認実施者	交付対象者を確認するもの		代理人を確認するもの	代理権を確認するもの	その他
	☐ 個人番号カード	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	☐ 委任状	☐ 郵送
	☐ その他 ()	☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ その他()	☐ 介護支援専門員証 ☐ その他()	☐ 対象者の介護保険証 ☐ その他()	☐ 使者

同意書

日南市長 殿

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。

年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

< 配偶者 >

住所

氏名