

介護保険負担限度額認定申請書

※裏面（収入・預貯金等に関する申告等）もありますので、必ずご記入ください。

久慈広域連合長 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の申請をします。

フリガナ				被保険者番号											
被保険者氏名				個人番号											
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	性別	男 ・ 女									
住所	〒														
	電話番号 ()														
入所（院）した介護保険施設の所在及び名称（※）	〒														
	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、記入不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ				個人番号										
	氏名				生年月日	明・大・昭・平	年	月	日						
	住所（同居の場合は同居と記入）	〒													
		電話番号 ()													
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）														
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税														

注 意 事 項

- 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または内縁関係の者を含みます。
- 配偶者が本年1月1日現在、久慈広域連合管外に居住している場合は「非課税証明書」を添付してください。
- 年度途中で税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。
- 負担限度額関係書類はすべて、ご本人の現住所もしくは、送付先変更の申請で指定された住所へ送付します。
 今回の手続きのみを、別の住所（施設やご家族）に送付することはできませんので、送付先を変更したい場合は、「介護保険関係書類送付先変更届出書」とあわせて提出してください。

交付年月日	久慈広域連合 処理欄 (記入しないでください。)											
年 月 日	①本人世帯 : 世帯全員非課税 ・ 課税者あり ()											
適用年月日	②課税年金収入 : 円 合計所得金額 : 円 非課税年金収入 : 円 (合計) : 円											
年 月 日 から	③高齢福祉年金 : 無 ・ 有 期間 (年 月より)											
有効期限	④生活保護 : 無 ・ 有 期間 (年 月より)											
年 月 日	⑤配偶者状況 : 無 ・ 有 (課税 ・ 非課税)											
まで	⑥資産状況 : 該当 ・ 非該当 (円) ※利用者負担 第 1 ・ 2 ・ 3 段階に該当 ・ 非該当											
マイナンバー確認	申請者が本人			申請者が代理人			審査	入力	確認			
	<input type="checkbox"/> マイナンバー確認書類			<input type="checkbox"/> 代理権の確認書類								
	<input type="checkbox"/> 本人確認書類			<input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類								
				<input type="checkbox"/> 本人のマイナンバー確認書類								

介護保険負担限度額認定申請書（収入や預貯金等に関する申告）

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円を超えます。

※遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
受給している年金に○をつけてください。

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が、1,000万円（夫婦は2,000万円）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。)		
種類	氏名（口座名義）	預貯金額(残高)	氏名（口座名義）	預貯金額(残高)
預貯金				
有価証券等	氏名	種類	評価概算額	
				円
その他 (負債・現金等)	氏名	種類	金額	
				円
注意事項			預貯金等合計額	円

- 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ください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入のうえ、添付してください。
- 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。

<その他の必要添付書類>

- ・預貯金（普通・定期等）…通帳の写し（銀行名・支店名・名義、申請日から2ヵ月以内の最終残高が分かる部分）
- ・有価証券（株式・国債など）…証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債（借入金・住宅ローンなど）…借用書など
- ・マイナンバー確認書類 ※「マイナンバー制度開始に伴う本人確認にご協力ください」をご覧ください。
申請者が本人の場合…個人番号（マイナンバー）を確認できる書類・本人確認書類
申請者が代理人の場合…代理権を確認できる書類・代理人の本人確認書類・本人のマイナンバー確認書類

同意欄

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、広域連合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

印

【配偶者】

住所

氏名

印

【申請者】※申請者が被保険者本人の場合、下記については記入不要です。

住所

氏名

(本人との関係：)

電話番号