

介護保険負担限度額認定申請書

《表面》

令和 年 月 日

(宛先) 周南市長

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。

年度

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	年		月		日	性	別	男	・	女		
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	電話番号 () -											※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は、記入不要です。	
入所(院)年月日	昭・平・令	年		月		日							

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。										
配偶者に関する事項	フリガナ		生年月日	明・大・昭・平									
	氏 名												
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ											
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	電話番号 () -											
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税												

非課税年金	非課税年金受給	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	※「有」の場合は、「年金の種類」と「年金保険者」について、あてはまるものすべてに○をしてください。										
の受給状況	年金の種類	遺族年金・障害年金	年金保険者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済									
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	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 <u>1,000万円(夫婦は合計2,000万円)</u> 以下です。								
	<input type="checkbox"/>	② 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※とその他の合計所得金額の合計額が <u>年額80万円以下</u> です。 <small>※非課税年金を含む</small>		<input type="checkbox"/>	② 預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>650万円(夫婦は合計1,650万円)</u> 以下です。								
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※とその他の合計所得金額の合計額が <u>年額80万円を超え120万円以下</u> です。 <small>※非課税年金を含む</small>		<input type="checkbox"/>	③-1 預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>550万円(夫婦は合計1,550万円)</u> 以下です。								
	<input type="checkbox"/>	③-2 市町村民税世帯非課税者であって、公的年金収入金額※とその他合計所得金額の合計額が <u>年額120万円を超え</u> ます。 <small>※非課税年金を含む</small>		<input type="checkbox"/>	③-2 預貯金、有価証券等の金額の合計が <u>500万円(夫婦は合計1,500万円)</u> 以下です。								
預貯金額	円	有価証券	円	その他	(内容)								
		(評価概算額)		(現金・負債を含む)	円								

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者	氏 名		電話番号	() -
	住 所		本人との関係	

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 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。
- 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。
- 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。
- 負担限度額認定の適用は、原則として申請日(周南市で受け付けた日)の属する月の初日からとなります。

※裏面の同意書にも記入してください。

受付印

申請者本人確認

同意書

(宛先) 周南市長

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、周南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

※記名の場合は、氏名の横に押印が必要です。

※訂正される場合は、訂正印または訂正署名が必要です。

周南市確認欄					
資産合計	<input type="checkbox"/> 基準以下	<input type="checkbox"/> 基準超過	本人の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
老福年金・生保	<input type="checkbox"/> 受給	<input type="checkbox"/> 非受給	世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
認定結果	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-1 <input type="checkbox"/> 3-2 <input type="checkbox"/> 4 (非該当)		交付年月日	令和 年 月 日	

通帳等写し
同意書記載