

# 記入方法

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和4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。

フリガナ	周南 太郎	被保険者番号	0123456789	
被保険者氏名	周南 太郎	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	
生年月日	昭和12年12月12日	性別	男	
住所	周南市〇〇1丁目1番1号	電話番号	0834-●●-●●●●	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	周南市〇〇町2番2号 特別養護老人ホーム しゅうなん	電話番号	0834-〇〇-〇〇〇〇	
入所(院)年月日(※)	令和4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	周南 花子		
	氏名	周南 花子		
	生年月日	昭和18年 8月 8日	個人番号	1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0
	住所	周南市〇〇1丁目1番1号 (同上でも構いません)	電話番号	0834-●●-●●●●
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)				
課税状況	市区町村民税 課税	非課税		
収入等に関する申告		預貯金等に関する申告		
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市区町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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	
<input type="checkbox"/>	市区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】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) ※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"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)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	
<input type="checkbox"/>	市区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】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に〇して下さい)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)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	
<input checked="" type="checkbox"/>	市区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】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)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	
① 預貯金額	●●●●●● 円	② 有価証券(評価概算額)	0 円	
		③ その他(現金・負債を含む)	0 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。				
申請者氏名	周南 里子	連絡先(自宅・勤務先)	0834-●●-●●●●	
申請者住所	周南市〇〇3丁目3番3号	本人との関係	子	

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) 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。

郵送で申請される場合は、申請される方の身元確認書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）の写しを必ず添付されてください

提出する日をご記入ください。  
 (令和4年8月1日～令和5年7月31日有効なものの申請です。)

個人番号（マイナンバー）をご記入ください。  
 ※わからない場合や記入が困難な方は、省略できます。

「特別養護老人ホーム」「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」「介護医療院」に入所している場合のみご記入ください。

配偶者がいらっしゃる方は、「有」に〇をしてください。内縁関係も含まれます。配偶者に関する事項をすべてご記入ください。  
 「無」に〇をされた方は、配偶者に関する事項は記入不要です。

「収入等に関する申告」  
 令和3年中の収入について、被保険者の課税年金収入+非課税年金収入（遺族年金・障害年金）+その他の合計所得の総合計に当てはまる場所にチェックしてください。

※非課税年金を受給されている方は、【遺族年金・障害年金】のどちらかに「〇」をご記入ください。  
 また、受給している年金の年金保険者に〇をしてください。  
 ※非課税年金を受給されていない方は、【遺族年金・障害年金】の箇所に「×」をご記入ください。その場合、年金保険者の箇所は、記入不要です。

「預貯金等に関する申告」  
 「収入に関する申告」でチェックをされた行と同じ並びの預貯金等の金額に該当される場合は、チェックしてください。

配偶者がいる場合は、夫婦での合計額をご記入ください。  
 なしの箇所については「0」円をご記入ください。

※預貯金通帳は、「金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人様のお名前がわかるページ(通帳を1枚めくったページ)」、「最終残高のページ(申請日から2か月以内)」の写しが必要です。なお、年金が振込されている通帳は、年金受給状況の確認のため、「年金振込のわかるページ」の写しも添付をお願いいたします。

日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。郵送で手続きされる場合は、申請される方の身元確認書類の写しを添付されてください。

※裏面もご確認ください※

## 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

提出する日をご記入ください。

被保険者についてご記入ください。

被保険者に配偶者がいる場合にご記入ください。

※同意書については、記名（スタンプや印刷によるもの）である場合、氏名の横に押印が必要です。  
なお、訂正される場合は、訂正印または訂正署名が必要です。