

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 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 (マイナンバー)					
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	利用施設形態をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設								
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> ショートステイ								
名称				所在地	〒 - 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、記載不要です。					
配偶者に関する事項	フリガナ				生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏名				個人番号 (マイナンバー)				
	住所 <small>(同居の場合は記入不要)</small>	〒 - 電話番号 -							
	本年1月1日現在住所 <small>(現住所と異なる場合)</small>	〒 -							
	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"/>	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							
	<input type="checkbox"/>	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】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。(受給している非課税年金に○をして下さい) <small>※ 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。</small>							
	<input type="checkbox"/>	④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】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。(受給している非課税年金に○をして下さい)							
	<input type="checkbox"/>	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】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。(受給している非課税年金に○をして下さい)							
預貯金等に関する申告 <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	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(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。							
	預貯金額	円	有価証券 <small>(評価概算額)</small>	円	その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	円	※		

裏面もご記入ください

※内容を記入してください

## 保険者記入欄

市町村民税課税状況	課税・非課税	下記のとおり決定します。							
課税年金収入額	円 A	・ 承認する 【 利用者負担第 段階 】							
合計所得金額	円 B	交付年月日 年 月 日							
非課税年金収入額 (遺族・障害)	円 C	適用年月日 年 月 日 から							
合計額 (A + B + C)	円	有効期限 年 月 日 まで							
受給年金	日本年金・地公共済 国公共済・私学共済	・ 承認しない【理由】(本人・配偶者・家族)課税・預貯金等合計額超過							
		担当者	係	係長	課長補佐	課長			

## 同意書

鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 様

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、鳥栖地区広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、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

申請者(記入者)が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

申請者氏名	電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

### 注意事項

- (1) この申請における「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。