

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

備前市長 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を申請します。  
(世帯状況、収入課税状況、年金及び生活保護の受給状況等の公簿による確認を承諾します。)

|                  |        |             |  |                                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|--------|-------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ   |             |  | 被保険者番号                                                                             | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名    |             |  | 個人番号<br>(空欄でも可)                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 生年月日   | 大・昭 年 月 日   |  |                                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所    | 備前市         |  |                                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先              |        |             |  |                                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配<br>偶<br>者      | 配偶者の有無 | 有 ・ 無       |  | ※「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。<br>※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。 |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ   |             |  |                                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名    |             |  | 個人番号<br>(空欄でも可)                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 生年月日   | 大・昭 年 月 日   |  |                                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所    | □ 同上<br>備前市 |  |                                                                                    |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

収入等に関する申告

非課税年金の受給の有無

☐遺族年金 ☐障害年金 ☐無

☐生活保護受給者

市町村民税非課税世帯者かつ年金収入額(障害年金・遺族年金含む)とその他の合計所得金額の合計が以下のとおりです。  
※2号被保険者(65歳未満の方)は以下のいずれの収入額においても、「かつ、」以降の文章を「預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。」と読み替えてください。

- ☐ 年額82万6千5百円以下
- かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。
- ☐ 年額82万6千5百円超120万円以下
- かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。
- ☐ 年額120万円超
- かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。

預貯金等に関する申告

|      |   |                 |   |                       |   |
|------|---|-----------------|---|-----------------------|---|
| 預貯金額 | 円 | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債<br>を含む) | 円 |
|------|---|-----------------|---|-----------------------|---|

申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載不要です。

|       |        |
|-------|--------|
| 申請者氏名 | 連絡先    |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

<必要書類> 被保険者及び配偶者の資産状況が確認できる書類を添付してください。(下記参照)

- ・預貯金:保有している全ての口座の通帳の写し(銀行名・支店名・名義人及び最終残高のページ)  
※最新状態に記帳したものをご用意ください。  
※定期預金がある場合は定期預金額が分かるページの写しを添付してください。
- ・有価証券(株・投資信託等):評価額が分かるものの写し
- ・負債(借入金、住宅ローン等):借用書などの写し(負債はマイナス勘案となります。)

注意事項

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。

同意書

備前市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、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。

令和 年 月 日

＜本人＞

氏名

住所 備前市

＜配偶者＞

氏名

住所 備前市

＜市使用欄＞

|                         | 申請者                        | 配偶者 |
|-------------------------|----------------------------|-----|
| 市民税課税状況                 | 非課税 ・ 課税( 本人 ・ 配偶者 ・ 世帯員 ) |     |
| 合計所得金額及び<br>課税・非課税年金収入額 | 課)<br>非) 円                 |     |
| 預貯金額                    | 円                          | 円   |
| 預貯金額合計                  | 円                          |     |

決定日：令和 年 月 日

有効期間：令和 年 月 日から

令和 年 月 日まで

☐該当 \_\_\_\_段階

☐非該当

1. (本人・配偶者・世帯員)が住民税課税  
2. 厚生労働省令で定める額以上の資産がある

|          |       |                          |
|----------|-------|--------------------------|
| ※個人番号確認欄 | 番号確認  | 個人番号カード・通知カード・住民票        |
|          | 本人確認  | 運転免許証・障がい者手帳・個人番号カード・その他 |
|          |       | 介護保険証・資格確認書・その他(2種類必要)   |
|          | 代理人確認 | 運転免許証・障がい者手帳・個人番号カード・その他 |
|          |       | 介護保険証・資格確認書・その他(2種類必要)   |
|          | 代理権   | 任意 介護保険証・委任状・その他         |
|          |       | 法定 戸籍謄本・資格証明書類           |
|          | 確認者   |                          |