

記入例

職員記載欄 入力済み

介護保険負担限度額認定申請書

申請年月日 令和 6 年 1 0 月 1 日

(申請者)
八幡浜市長

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。

被保険者氏名		被保険者番号	
フリガナ	ハチマン タロウ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
氏名	氏 八幡 名 太郎	個人番号	
生年月日		性別	
<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所		住所	
〒 7 9 6 - △ △ △ △		<input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	
愛媛 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input checked="" type="checkbox"/> 県		八幡浜	
		〇〇番地	
電話番号		0 8 9 4 - × × - × × × ×	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	名称	特別養護老人ホーム 〇〇〇	
	所在地	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input checked="" type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	
	電話番号	- -	
入所(院)年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 1 0 月 1 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、記入は不要です。

10桁の被保険者番号を記入してください

個人番号(マイナンバー)は記入なしでも受付いたします。

入所(院)している施設について記入してください。
※予定の場合は、予定先施設について記入してください。

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の有無が「無」の場合、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	ハチマン ハナコ	個人番号	
	氏名	氏 八幡 名 花子	生年月日	
		〒 7 9 6 - △ △ △ △	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	
	住所	愛媛 <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input checked="" type="checkbox"/> 県	八幡浜 <input checked="" type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	
		〇〇番地	電話番号	0 8 9 4 - × × - × × × ×
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	電話番号	- -
課税状況	市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受給		

配偶者(内縁関係を含む)が有の場合に記入してください。
世帯分離をしている場合でも記入は必要です。

※裏面にも必要事項を記入してください
382043-023-120-1A

非課税年金の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	非課税年金が「有」の場合は、右記の年金種類について当てはまるに☑してください。	年金の種類別	<input type="checkbox"/> 遺族年金 (※) <input type="checkbox"/> 障害年金	※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金、遺児年金を含みます。	
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	1:本人(被保険者)が生活保護受給者/2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が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り、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下				
	<input type="checkbox"/>	4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、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				
	<input type="checkbox"/>	5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える				

非課税年金についてわかる範囲で記入してください。

分からない場合は、本市で記入いたします。

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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						
		預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債含む)	円	※() ※内容を記入してください。

配偶者が「有」の場合には、配偶者との合計金額を記入してください。

申請者氏名	氏名	本人との関係
住所	〒	都 道 市 区 府 県 町 村
電話番号		

本人以外が提出される場合、提出される方の情報を記入してください。

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) 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、その全てを記入し、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。

なお、提出者の方には申請書の内容について確認させていただく場合がございます。

同意書

(宛先)八幡浜市長

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、報告を求めるとに同意します。
 また、八幡浜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 6年 10月 1日

<本人>
 住所 愛媛県八幡浜市〇〇番地
 (自署) 八幡 太郎
 氏名

<配偶者>
 住所 愛媛県八幡浜市〇〇番地
 (自署) 八幡 花子
 氏名

本人が署名してください。本人署名できない場合は、親族又は法定代理人の方が代筆してください。
(施設職員やケアマネージャー等による代筆は認められていません。)

配偶者が「有」の場合、配偶者の署名も必要です。