

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		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
	住所	〒 7 9 6 - △ △ △ △	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和
	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	〇〇番地	電話番号
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。

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。