

記入日を記入

介護保険負担限度額認定申請書

三島市長様

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて

個人番号の記入は任意です。ご記入された場合は個人番号の根拠資料（別添資料を参照）を添付してください。

主を申請します。

フリガナ	ミシマ タロウ	被保険者番号											
被保険者氏名	三島 太郎	個人番号											
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日												

住所	〒 411-0000 静岡県三島市北田町 4-47	連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
----	------------------------------	-----	--------------

連絡先を記入

入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	既に介護保険施設に入所している場合は施設の所在地と名称を記入	連絡先
入所（院）年月日（※）	年 月 日	(※) 介護保険施設にショートステイを利用	

デイサービスやデイケア等通所事業所の利用は、「入所」ではないため、記入する必要はありません。

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															
	氏名															
	生年月日	明・大・昭・平	午	申	口	申	申	申	番号							
	住 所				連絡先											
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）				配偶者がいる場合（内縁も含む）は「有」に○を付けた上で、氏名、生年月日、住所を記入 課税区分に○											
課税状況	市町村民税	課税	・	非課税												

収入等に関する申告	<input checked="" 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	該当する収入区分にチェックを入れる。											
	<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】の収入額、 <small>（支給している年金に○してください。以下同）</small>	(対象：令和6年1月～12月)											
	<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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円*を超える、120万円以下です。												
	<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】の合計額が年額120万円を超えます。												
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 (評価概算額) 円	その他 (現金・負債を含む) 円	※内容を記入してください。									

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				連絡先（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の「**被保険者本人以外の申請の場合は記入**」に記入してください。
- (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。

裏面もご記入ください

記入例

非課税年金に関する申告（種別と年金保険者は受給有の方のみ該当するものに○をつけてください）

非課税年金受給の有無 (本人)	種別 <input checked="" type="radio"/> ・ 無	年金保険者 <input checked="" type="radio"/> ・ 日本年金機構 <input checked="" type="radio"/> ・ 地方公務員共済 <input checked="" type="radio"/> ・ 国家公務員共済 <input checked="" type="radio"/> ・ 私学共済
		遺族年金 ・ 障害年金

同 意 書

三島市長 あて

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、報告を求めるに同意します。

また、三島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。

年　月　日

<本人>

住所 三島市北田町4-47

氏名 三島 太郎

<配偶者>

住所

氏名

成年後見人制度を利用されている場合は、

次のようにご記入ください。

住所： 成年後見人住所

氏名： ○○○○成年後見人 △△△△

配偶者がいる場合は必ず

配偶者の住所、氏名もご記入ください

※ 申請の際には介護保険被保険者証をご提示ください。

市役所担当者記入欄

交付年月日	備　考			
年　月　日	老齢福祉年金（受給中・未受給）　　生活保護（受給中・未受給・境界層）			
適用年月日	市町村民税（課税・非課税）世帯　　配偶者（課税・非課税）			
年　月　日から	合計所得金額等　　円 + 非課税年金合計　　円			
有効期限	= 合計（所得）　　円			
年　月　日まで	預貯金額等の合計額　　円 + 配偶者　　円 =　　円 本人　　円 + 配偶者　　円 =　　円 (内訳) 領　　円 有　　円 他　　円			
	審査結果 <input type="checkbox"/> 利用者負担段階（第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②） <input type="checkbox"/> 減額非該当（本人課税・課税世帯・配偶者課税・預貯金等上限額以上）			
送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> 入所先施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）			