

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、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																
生年月日																			
住所	〒		連絡先																
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び 名称（※）	〒		連絡先																
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																		
	氏名																		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平		年 月 日		個人番号													
	住所																		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	連絡先																	
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】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※以下です。 (受給している年金に○してください。以下同じ。)																		
	※ 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。 * 令和6年度以前は80万円																		
	<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、 120万円以下です。																		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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。																		
	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 (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。

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)	有・無	種別	年金保険者
		遺族年金・障害年金	日本年金機構 ・ 国家公務員共済 地方公務員共済 ・ 私学共済

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、報告を求めることに同意します。

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

氏名

<配偶者>

住所

氏名

※ 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 ）
	合計所得金額等	円 + 非課税年金合計 円
年 月 日から	= 合計（所得）	円 （遺族年金 ・ 障害年金）
	預貯金額等の合計額	
有効期限	本人 円 + 配偶者 円 = 円	
	（内訳） ① 円 ② 円 ③ 円	
年 月 日まで	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 ）	