

介護保険負担限度額認定申請書

☐ 令和6年度分 期間:申請月の初日～R7.7.31分

☐ 令和7年度分 期間:R7.8.1(申請月が9月以降の場合はその月の初日)～R8.7.31分

(申請先) 臼杵市長 殿

令和 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	0	0	0											
被保険者氏名			個人番号														
生年月日	明・大・昭		年			月			日								
住所	電話番号																
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	所在地																
	名称 電話番号																
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令		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		年			月			日	個人番号							
	住所	電話番号																
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)																	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																

非課税年金の有無 (年金種別)	有(遺族年金/障害年金) ・ 無										非課税年金「有」の場合は、受給している年金に○して下さい。								
収入等に関する申告	負担段階		収入区分										預貯金等の合計額						
	第1段階	☐	・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者										単身1,000万円(夫婦2,000万)以下						
	第2段階	☐	世帯全員が市町村民税非課税	年金収入額(※) +						80.9万円以下 (令和6年度分は80万円以下)			単身650万円(夫婦1,650万)以下						
	第3段階①	☐		その他の合計所得金額						80.9万円超～ 120万円以下 (令和6年度分は80万円超)			単身550万円(夫婦1,550万)以下						
	第3段階②	☐		※非課税年金収入額を含む						120万円超			単身500万円(夫婦1,500万)以下						
預貯金等に関する申告		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに																
		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						

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。

※内容を記入してください

申請者氏名	電話番号
申請者住所 〒	本人との関係

【認定結果の送付先】被保険者住所・申請者住所・入所施設・その他〔 〕

- 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。

同意書

臼杵市長 様

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》
住所
氏名

《配偶者》
住所
氏名

保険者 確認欄	受付	通帳・定期	送付先	同意書