

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ				明・大・昭	被保険者番号																			
被保険者氏名	生年月日			年 月 日	個人番号 (マイナンバー)																			
住所	〒													電話番号										
入所中の施設等	名称											所在地												
	入所年月日	年 月 日										電話番号												
	居室の種別	<input type="checkbox"/> ユニット型個室 ・ <input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室 ・ <input type="checkbox"/> 従来型個室 ・ <input type="checkbox"/> 多床室 ・ <input type="checkbox"/> 未定又は不明																						
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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											生年月日	明・大・昭・平 年 月 日											
	配偶者氏名											市民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 非課税											
	被保険者と別居している場合の住所											個人番号												
収入等及び預貯金等に関する申告	1 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市民税世帯非課税で市民税非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下																							
	2 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税で、本人の課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額80万9千円以下 <input type="checkbox"/> 預貯金等(※2)の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下																							
	3 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税で、本人の課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額80万9千円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 預貯金等(※2)の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下																							
	4 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税で、本人の課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年額120万円超 <input type="checkbox"/> 預貯金等(※2)の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下																							
	被保険者	現金(※3)	円	預貯金額(※3)	円	その他(有価証券・負債)(※3)	円																	
配偶者	現金(※3)	円	預貯金額(※3)	円	その他(有価証券・負債)(※3)	円																		
※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む ※2 第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方は預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 ※3 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり 現金・預貯金額・その他(有価証券・負債)の欄の全ての記入がないと認定できません。(ないときは0と記載してください)																								

(宛先)福岡市 区 長

上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住(滞在)費に係る負担限度額の認定を申請します。

(私の世帯の状況、収入・課税状況、年金及び生活保護の受給状況の公簿による確認を承諾します。)

令和 年 月 日

○この欄は、被保険者本人が申請される場合は、記入不要です。代理申請または提出代行の場合のみご記入ください。

申請者(代理人)	住所																					
	氏名											電話番号										
提出代行者	氏名(事業所名)											電話番号										

- 注意事項
- この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含まれます。
 - 預貯金等について、複数の口座をお持ちであればそのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 - 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。

認定	状況等	課税状況	収入状況等										利用者負担段階	提出									
要介護 または 要支援	被保護者												第1段階	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 代行 <input type="checkbox"/> 郵送 代理権の確認									
	老齢福祉年金	非課税	預貯金等1,000万(夫婦2,000万)以下										第1段階	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> 書面()									
	境界層該当 ※別紙参照		利用者負担1段階にすれば生活保護を必要としない										第1段階	個人番号カード提示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
			利用者負担2段階にすれば生活保護を必要としない										第2段階	番号確認書類提示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無									
			利用者負担3段階①にすれば生活保護を必要としない										第3段階①	個人番号システム確認済 <input type="checkbox"/> 確認済み									
要支援	上記以外	非課税 ※第2号被保険者は、 預貯金等1,000万 (夫婦2,000万)以下	合計所得金額+年金収入額等≤80万9千、かつ預貯金等650万(夫婦1,650万)以下										第2段階	身元確認書類 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証(国保・後期) <input type="checkbox"/> 健康保険限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()									
			80万9千<合計所得金額+年金収入額等≤120万、かつ預貯金等550万(夫婦1,550万)以下										第3段階①										
			合計所得金額+年金収入額等>120万、かつ預貯金等500万(夫婦1,500万)以下										第3段階②										
非該当		課税	課税者の特例措置→※別紙 収入等申告書参照										第3段階②										
			上記以外										非該当										
受付印			起案	令和 年 月 日	有効期間																		
			決裁	令和 年 月 日	年 月 日																		
			交付	令和 年 月 日	~ 年 月 日																		
			決	課長	係長	係員	入力者	受付者															
			裁																				

同意書

(宛先)福岡市 区長

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、報告を求めることに同意します。

また、貴区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