

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------|------------|------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|------|--------|---------|----------|------------|----------------|------------|-----|--------|----------|----------|------------|----------------|
| フリガナ | フクオカ タロウ | | 明・大 | 被保険者番号 | 0001234567 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 福岡 太郎 | | 生年月日 | 5年 10月 1日 | 個人番号 (マイナンバー) | 012345678910 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒800-0000 福岡市中央区大名〇丁目〇-〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所中の施設等 | 名称 | 特別養護老人ホーム 天神 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入所年月日 | 平成 20 年 4 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 checked="" type="checkbox"/> 従来型個室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無 | <input checked="" 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 | フクオカ ハナコ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 配偶者氏名 | 福岡 花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭・平 7 年 11 月 1 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者と別居している場合の住所 | 福岡市博多区博多駅前〇丁目〇番〇号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等及び預貯金等に関する申告 | <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 <input type="checkbox"/> 預貯金等 該当する番号に〇 (2,000万円)以下 <input type="checkbox"/> 欄にレ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 市民税 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80万円以下 <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金等(※2)の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>被保険者</td> <td>現金(※3)</td> <td>50,000円</td> <td>預貯金額(※3)</td> <td>1,245,254円</td> <td>その他有価証券・負債(※3)</td> <td>1,000,000円</td> </tr> <tr> <td>配偶者</td> <td>現金(※3)</td> <td>105,000円</td> <td>預貯金額(※3)</td> <td>2,012,532円</td> <td>その他有価証券・負債(※3)</td> <td>500,000円</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | 被保険者 | 現金(※3) | 50,000円 | 預貯金額(※3) | 1,245,254円 | その他有価証券・負債(※3) | 1,000,000円 | 配偶者 | 現金(※3) | 105,000円 | 預貯金額(※3) | 2,012,532円 | その他有価証券・負債(※3) |
| 被保険者 | 現金(※3) | 50,000円 | 預貯金額(※3) | 1,245,254円 | その他有価証券・負債(※3) | 1,000,000円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者 | 現金(※3) | 105,000円 | 預貯金額(※3) | 2,012,532円 | その他有価証券・負債(※3) | 500,000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 ※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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【更新の方】
被保険者の個人番号の記載がなくても受けれます。その場合、通知カードまたはマイナンバーカードの持参(郵送の場合は写し)は不要です。

配偶者と同居している場合は、記載不要。

該当する番号に〇欄にレ

非課税年金の受給状況
 遺族年金(※1)
 障害年金
 受給なし

保有する全ての口座(定期預金・貯蓄預金も含む)の合計金額を記載。

保有する全ての有価証券・その他の合計金額を記載。ない場合は「0」を記載。負債がある場合は、負債の種類・金額を記載。

申請者が被保険者本人の場合、記載不要ただし、法定代理人がいる場合は、「〇〇成年後見人△△」と記載し、法定代理人住所を記載。

昼間に連絡のつく電話番号を記載。

(宛先)福岡市 中央 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 5 年 7 月 1 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

| | | |
|----------|----------|------------------|
| 申請者(代理人) | 住所 | |
| | 氏名 | |
| 提出代行者 | 氏名(事業所名) | 提出代行、代筆時は記載。 |
| | 電話番号 | 昼間に連絡のつく電話番号を記載。 |

注意事項
 1 この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含みます。
 2 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。
 3 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 | 被保険者 年齢 | | | | 口郵送 |
| または | 境界 ※1 | | | | |
| 要支援 | 上 | | | | |
| 非該当 | | | | | |

職員記載欄

同意書

(宛先)福岡市 **中央** 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 **5** 年 **7** 月 **1** 日

<本人>

住所 福岡市 **中央** 区 **大名〇丁目〇-〇〇**

氏名 **福岡 太郎**

法定代理人がいる場合は、「〇〇成年後見人△△」と記載し、法定代理人住所を記載。

本人と配偶者のいずれも記載(代筆可)

<配偶者>

住所 **福岡市 博多区** **博多駅前〇丁目〇番〇号**

氏名 **福岡 花子**