

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ						被保険者番号					
被保険者氏名						個人番号 (マイナンバー)					
生年月日	明・大・昭 年 月 日										
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	ユニット型個室 ・ ユニット型個室的多床室 ・ 従来型個室 ・ 多床室									
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					生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				
	配偶者氏名					市民税課税状況	課税 ・ 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、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金(※1)・障害年金・受給なし】収入額の合計が年額80万円以下 <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、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金(※1)・障害年金・受給なし】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 4 <input type="checkbox"/> 市民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金(※1)・障害年金・受給なし】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	円	預貯金額(※3)	円	有価証券その他(※3)	円				
	配偶者	現金	円	預貯金額(※3)	円	有価証券その他(※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										
	(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 申請者 住所 福岡市 区 氏名 _____ 電話番号 (_____) 提出代理(代行)申請者 _____ 氏名(事業所名) _____ (電話番号 _____)										
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まれます。 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 <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(_____) <input type="checkbox"/> 個人番号カード提示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 番号確認書類提示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 個人番号システム確認済 <input type="checkbox"/> 確認済み <input type="checkbox"/> 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(_____)
	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	
	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 利用者負担2段階にすれば生活保護を必要としない 利用者負担3段階①にすれば生活保護を必要としない 利用者負担3段階②にすれば生活保護を必要としない					第2段階 第3段階① 第3段階②	
または 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、かつ預貯金等650万(夫婦1,650万)以下					第2段階	
		課税	80万<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 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① 第3段階②	
非該当			課税者の特例措置→※別紙 収入等申告書参照 上記以外					第3段階② 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				
			決裁	課長	係長	係員	入力者	受付者	

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 福岡市 区

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名