

## 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	
		性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	
住 所			
介護保険施設の所在地及び名称	※ 介護保険施設に入所(院)していない場合やショートステイを利用している場合は記入不要です。  入所(院)年月日 平成・令和 年 月 日 電話番号		

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合、下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。			
配偶者に関する事項	フリガナ		明・大・昭	
	氏 名		生年月日 年 月 日	
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	<input type="checkbox"/> 被保険者と異なる ⇨	電話番号
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 上の住所と同じ	<input type="checkbox"/> 上の住所と異なる ⇨	
	課税状況	市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	

(事実婚の場合も記載してください)

(宛先) 静岡市長  
 上記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の申請をします。

令和 年 月 日

住 所

(申請者) 氏名 電話番号

(被保険者との関係: )

問合せ先: (氏名)

(被保険者との関係)

(電話番号)

**【裏面への記入もお願いします】**

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／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"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と非課税年金と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。			
非課税年金の種別に関する申告	遺族年金	受給	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害年金	受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり			
	預貯金額		有価証券 (評価概算額)	その他 (現金・負債含む)	( )※
		円	円	円	円

(注)

- 1 遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
- 2 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記載してください。
- 3 預貯金等に関する申告欄に記載しきれない場合は、余白に記載し、又は別紙に記載の上、添付してください。
- 4 その他(現金・負債含む。)欄の括弧内には、預貯金等の内容を記載してください。
- 5 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス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

(宛先) 静岡市長

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、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(事実婚である者を含む。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。

令和 年 月 日

<本人> 住所

氏名

<配偶者 ※> 住所

氏名

※1:配偶者には婚姻届を提出していない事実婚も含みます。また、DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や配偶者が行方不明の場合等は記載する必要がありません。

### 《市記入欄》

世帯課税状況		<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 転入	対象期間の要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 有効期間 R . . . まで
本人	第(1号・2号)被保険者		給付額減額		社会福祉法人等利用者負担額軽減確認	<input type="checkbox"/> 無 申請日 R . . . 【新・変・更】
	<input type="checkbox"/> 生活保護(1) <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金(1) <input type="checkbox"/> 収入等80万円以下(2) <input type="checkbox"/> 収入等80万円超120万円以下(3①) <input type="checkbox"/> 収入等120万円超(3②)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			<input type="checkbox"/> 交付済 ⇒ 要再発行 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし
			第 段階		決定区分	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
配偶者	<input type="checkbox"/> 有(非課税・課税)、(同一・別)世帯 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ 別世帯の場合、要照会			利用者負担段階	第(1・2・3①・3②・4)段階	
預貯金等	<input type="checkbox"/> 第2段階(単身650万円・夫婦1,650万円)以下 <input type="checkbox"/> 第3段階①(単身550万円・夫婦1,550万円)以下 <input type="checkbox"/> 第3段階②(単身500万円・夫婦1,500万円)以下 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者(単身1,000万・夫婦2,000万円)以下 <input type="checkbox"/> 基準額超過			適用年月日	令和 年 月 日	
				有効期限	令和 年 月 日	
				交付年月日	令和 年 月 日	
				受付担当者	確認	