

介護保険負担限度額認定申請書

記入日 令和 年 月 日

(申請先) 宗像市長

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 | 00 | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 | | | 個人番号 | | | | | |
| 住所 | 〒 連絡先 | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒 連絡先 | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 昭和・平成・令和 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 | | | | 生年月日 | | | | |
| | 氏名 | | | | 大正・昭和・平成 年 月 日 | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | 連絡先 | | | | |
| | 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 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | ① 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ② 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が、年額82万6千5百円以下です。 <small>※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。</small> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ③-1 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が、年額82万6千5百円を超え、120万円以下です。 <small>※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。</small> | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ③-2 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が、年額120万円を超えます。 <small>※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。</small> | | | | | | |

受給している全ての年金保険者に✓を付けて下さい。

日本年金機構

地方公務員共済

国家公務員共済

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 の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ② の方は、650万円(夫婦は1,650万円)以下です。 ③-1の方は、550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 ③-2の方は、500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 | | | | | | |
| | ※通帳の写しは別添 | 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 | (内容…) |

| | | | | | | | | |
|-----|--------------------------------|---|--|--|--|-----|--|--|
| 申請者 | 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。 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | 連絡先 | | |
| | 住所 | 〒 | | | | 続柄 | | |

- (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、支給された額の返還に加えて最大2倍の加算金を課すことがあります。
- (5) 申請者が被保険者と異なる場合は、申請者が申請に係る一切の責任を負います。

宗像市記入欄

| | | | | | | | |
|---------|---------|-----------|-----|-------------------------|---------|----------|-------|
| 通知年月日 | 住民税課税状況 | | | 高齢福祉年金 | 配偶者 | 合計所得金額 | 受付 |
| R 年 月 日 | 本人 | 配偶者 | 世帯 | 有・無 | 有・無 | 課税年金収入額 | |
| 適用年月日 | 課税 | 課税 | 課税 | 生活保護 | 預貯金等の金額 | 非課税年金収入額 | |
| R 年 月 日 | 非課税 | 非課税 | 非課税 | 有・無 | | 計 | 入力 |
| 決定 | 特例減額 | 負担段階 | | 備考 | | | 非課税年金 |
| 決定・不決定 | 該当 | 1・2・3①・3② | | □一括照会(本・配) □非課税年金照会 □送変 | | | 有・無 |

□同意書(本人・配偶者) □預貯金通帳等の写し(本人・配偶者) □その他