

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			0	0
被保険者氏名			性別	男		女	
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老齢福祉年金受給者							
	<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80万円以下です。 <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>	受給している全ての年金保険者に✓を付けて下さい。 <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						
	<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80万円を超え、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>							
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。 <small>※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。</small>						預貯金額	円

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	

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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			老齢福祉年金	配偶者	合計所得金額	受付
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	
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