

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 宮津市長 様

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				
被保険者氏名				個人番号				
生 年 月 日		大・昭 年 月 日		性 別		男 ・ 女		
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（※）		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							
	氏 名							
	生 年 月 日		大・昭 年 月 日		個人番号			
	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	☐	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					預 貯 金 等 の 基 準 額	1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と 合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計が 年額 82.65 万円以下です。 （受給している年金に○して下さい） ※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。以下同じ。						650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下※ ※65 歳未満の場合、1,000 万円（夫婦は2,000 万円） 以下です。以下同じ。
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と 合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計が 年額 82.65 万円を超え 120 万円以下です。 （受給している年金に○して下さい）						550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下※
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と 合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計が 年額 120 万円を超えます。 （受給している年金に○して下さい）						500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下※
預貯金等 に関する申告		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が上記基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					（ ）※ 円 ※内容を記入してください
		預貯金額		円	有価証券 （評価概算額）		円	

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。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

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、同じ種類の預貯金などを複数保有しておる場合は、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

宮津市長 殿

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、宮津市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

氏名

<配偶者>

住所

氏名

※宮津市確認欄【担当： 】

令和 年 月 日	【受付】窓口（本人・代理人（個・免・健・他（ ））・郵・連		
マイナンバー確認方法		身元（実存）確認方法	
・個人番号カード ・通知カード ・個人番号付き住民票 ・確認なし（理由 ）	1 種類	個人番号カード 運転免許証 パスポート 障害者手帳 その他（ ）	
	2 種類	介護保険証 健康保険証（資格確認書・資格情報のお知らせ） 福祉医療証 年金手帳 その他（ ）	