

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	明・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	明・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	<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	預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下
	<input type="checkbox"/>	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80万円以下です。（受給している年金に○して下さい） <small>※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。</small>		650万円（夫婦は1,650万円）以下※ <small>※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。</small>
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え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※
	<input type="checkbox"/>	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※

受給している全ての年金の保険者に○して下さい
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				
	預貯金額	有価証券 (評価概算額)	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円 ※内容を記入してください		

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	本人(実存)確認方法	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 福祉医療証 年金手帳 その他()