

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

裏面あり

○年 ○月 ○日

福島市長

次のとおり関係書類を添えて、合費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

サービス事業者等の場合は、事業所名と担当者名を記入してください。

| | | | |
|-------|-------------------------|----------|--------------|
| 記入者氏名 | 福島 太郎 | 被保険者との関係 | 長男 |
| 記入者住所 | 〒960-8601 福島市信夫町1番1号 | 連絡先 | 024-555-1111 |

必ず新規か更新に○を付けてください。

| | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------|--|----|
| | | 申請区分 | 新規 | 更新 |
| フリガナ | フクシマ イチロウ | 被保険者番号 | 0000111111 | |
| 被保険者氏名 | 福島 一郎 | 個人番号 | 2222222222 | |
| 生年月日 | 明治・大正 (昭和) 5年 5月 5日 | | | |
| 住所 | 〒960-3333 福島市阿武隈町3番1号 | 電話番号 | 090(535)1111 | |
| 入所した介護 保険施設の 名称及び所在地 | 名称・所在地※ | ゆめのにわ・福島市阿武隈町3番1号 | | |
| | 入所年月日※ | R5年4月1日 | ※介護保険施設に入所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 | 配偶者が「無」の場合は、「配偶者に関する事項」の記載は不要です。 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | フクシマ ハナコ | 個人番号 |
| | 氏名 | 福島 花子 | 生年月日 |
| | 住所 | 被保険者と同じ・その他 [福島市信夫町1番1号] | 電話番号 |
| | 本年1月1日現在の住所 | 現住所と同じ | 024(555)1111 |

配偶者には事実婚も含まれますが、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」が規定する暴力を受けている場合や、行方不明の場合は除かれます。その旨をこの欄に記入してください。

※「配偶者」には、別世帯にいる配偶

| | | | | |
|----------|---|-----------------|---------------|------------------|
| 資産状況等の申告 | 生活保護費または老齢福祉年金を受給していますか。 | はい | (いいえ) | |
| | 昨年、遺族年金※1や障害年金などの非課税年金を受給していましたか。 | (はい) | いいえ | |
| | →「はい」の場合 本年1月1日現在の住所はどちらにありましたか。 | (現住所と同じ) | その他 [] | |
| | 被保険者および配偶者の資産金額を記入してください。 ※預貯金額、定期預金額、各種年金額、有価証券残高等を確認できる通帳等の写しの添付が必要です。 | 被保険者 | 預貯金額※2、有価証券など | その他※3 (現金・負債を含む) |
| | | 配偶者 | 5,000,000 円 | 3,000,000 円 |
| | | 自宅に現金 100,000 円 | 0 円 | |
| | | | 合計額 | |
| | | | 5,100,000 円 | |
| | | | 3,000,000 円 | |

預貯金額は、所有する全ての口座残高を合計した額です。金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が分かる部分と、申請日の直近2ヶ月前までの入出金と残高が確認できる部分の写しを添付してください。定期預金や定期積金が漏れやすいので、ご注意ください。また、有価証券を所有している場合は、残高が確認できる書類の写しを添付してください。

市町村民税課税状況等の照会に関する同意書

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、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（内縁関係を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、貴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。

○年 ○月 ○日

福島市長

本人住所 **福島市阿武隈町3番1号**
(被保険者)

氏名 **福島 一郎**

配偶者住所 **福島市信夫町1番1号**

氏名 **福島 花子**

日付、被保険者の住所、氏名を必ず記入してください。
配偶者（事実婚含む）がいる場合は、配偶者の住所、氏名も必ず記入してください。

【認定結果の通知送付先を被保険者の住所以外へと希望される場合には、下記に記入してください。】

※介護保険関係書類送付先変更届により、すでに送付先が変更されている場合は記入不要です。

〒

被保険者住所以外への認定結果送付を希望される場合のみ記入してください。
※介護保険関係書類送付先変更届を提出している場合は記載不要です。

住所

《参考》認定基準

| 利用者負担段階 | 認定の対象となる収入等要件 | 預貯金等資産要件 |
|---------|-------------------|------------------------------|
| 第1段階 | 生活保護受給者／老齢福祉年金受給者 | 単身 1,000万円以下 夫婦 2,000万円以下 |
| 第2段階 | 市民税非課税世帯 世帯全員が | 前年の合計所得金額＋年金収入額が80万円以下 |
| 第3-①段階 | | 前年の合計所得金額＋年金収入額が80万円超120万円以下 |
| 第3-②段階 | | 前年の合計所得金額＋年金収入額が120万円超 |
| | | 単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下 |
| | | 単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下 |
| | | 単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下 |

◎添付書類(例)→預貯金・定期預金・年金等確認用の通帳は、銀行等名/支店名/名義人名/口座番号の表示部分と、申請日から直近2カ月までの出入金と残高が確認できる部分の写し。有価証券は証券会社等の残高部分の写し。

| 市 使 用 欄 | 交付年月日 | ・認定 有・無 | <input type="checkbox"/> 課税 本・世・配・未() <input type="checkbox"/> 非課税() <input type="checkbox"/> 資産等超過 <input type="checkbox"/> 生保 () <input type="checkbox"/> 減額 | 認定結果 | 備 考 |
|------------------|---------|------------|---|---------------------------|-----|
| | 年 月 日交付 | ・特入 有・無 | | 第1段階 | |
| | 適用年月日 | ・配偶者 有・無 | | 第2段階 | |
| | 年 月 日から | ・送付先変更 有・無 | | 第3-①段階 第3-②段階 非 該 当 | |