

※裏面（収入・預貯金等に関する申告等）もありますので、必ずご記入ください。

久慈広域連合長 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の申請をします。

[illegible]

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、記入不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ			個人番号												
	氏 名			生年月日	明・大 昭・平	年		月		日						
	住所(同居の場合は同居と記入)	〒 電話番号 ()														
	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											

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または内縁関係の者を含みます。
- (2) 配偶者が本年1月1日現在、久慈広域連合管外に居住している場合は「非課税証明書」を添付してください。
- (3) 年度途中で税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。
- (4) 負担限度額関係書類はすべて、ご本人の現住所地もしくは、送付先変更の申請で指定された住所へ送付します。
- 今回の手続きのみを、別の住所（施設やご家族）に送付することはできませんので、送付先を変更したい場合は、「介護保険関係書類送付先変更届出書」とあわせて提出してください。

交付年月日	久慈広域連合 処理欄 (記入しないでください。)				
年 月 日	①本人世帯	:	世帯全員非課税	・	課税者あり ()
適用年月日	②課税年金収入	:	円	合計所得金額	:
年 月 日	非課税年金収入	:	円	(合 計)	:
から	③老齢福祉年金	:	無 ・ 有		
有効期限	④生活保護	:	無 ・ 有	期間 (年 月より)	
年 月 日	境界層該当	:	無 ・ 有	期間 (年 月より)	
まで	⑤配偶者状況	:	無 ・ 有	(課税 ・ 非課税)	
	⑥資産状況	:	該当 ・ 非該当	(円)	
	※利用者負担 第 1 ・ 2 ・ 3-① ・ 3-② 段階に該当 ・ 非該当				
本人確認書類	本人		配偶者		申請者 (申請者が本人又は配偶者以外の場合)
	1点で確認可能なもの(顔写真付き)				
	☐ 運転免許証、パスポート		☐ 運転免許証、パスポート		☐ 運転免許証、パスポート
	☐ マイナンバーカード		☐ マイナンバーカード		☐ マイナンバーカード
	☐ その他官公署()		☐ その他官公署()		☐ その他官公署()
マイナンバー確認	2点で確認可能なもの(顔写真なし)				
	☐ 被保険者証、負担割合証、健康保険証		☐ 被保険者証、負担割合証、健康保険証		☐ 被保険者証、負担割合証、健康保険証
	☐ その他官公署等()		☐ その他官公署等()		☐ その他官公署等()
	申請者が本人		申請者が代理人		審査
	☐ マイナンバー確認書類		☐ 代理権の確認書類		入力
	☐ 本人確認書類		☐ 代理人の本人確認書類		確認
			☐ 本人のマイナンバー確認書類		

介護保険負担限度額認定申請書（収入や預貯金等に関する申告）

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（夫婦の場合は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】の収入額の合計額が年額80.9万円以下です。		650万円（夫婦の場合は1,650万円）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】の収入額の合計額が年額80.9万円を超え120万円以下です。		550万円（夫婦の場合は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】の収入額の合計額が年額120万円を超えます。		500万円（夫婦の場合は1,500万円）以下
※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。受給している年金に○をつけてください。				

預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は、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。)		
種 類	氏名（口座名義）	預貯金額(残高)	氏名（口座名義）	預貯金額(残高)
預貯金		円		円
		円		円
		円		円
有価証券等	氏 名	種 類	評価概算額	
			円	
その他 (負債・現金等)	氏 名	種 類	金 額	
			円	
注 意 事 項		預貯金等合計額	円	

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (2) 書ききれない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入のうえ、添付してください。
- (3) 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。

<その他の必要添付書類>

- ・ 預貯金（普通・定期等）…通帳の写し（銀行名・支店名・名義、申請日時点での最終残高と申請日から2ヵ月以内の最終残高が分かる部分。 年金の通帳のみ一番新しい年金が分かる部分）
- ・ 有価証券（株式・国債など）…証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・ 負債（借入金・住宅ローンなど）…借用書など

同 意 欄	
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、広域連合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
【本 人】	
住 所	
氏 名	
【配偶者】	
住 所	
氏 名	

【申請者】※申請者が被保険者本人の場合、下記については記入不要です。

住 所

氏 名 (本人との関係：)

電話番号