

# 介護保険負担限度額認定申請書

**※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。

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	日生	性別	男 ・ 女									
住 所	〒 電話番号 ( )														
入所（院）した 介護保険施設の 所在及び名称 （※）	〒 電話番号 ( )														
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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 : 円									
年 月 日	非課税年金収入 : 円		(合計) : 円									
年 月 日	③高齢福祉年金 : 無 ・ 有											
から	④生活保護 : 無 ・ 有		期間 ( 年 月より)									
有効期限	境界層該当 : 無 ・ 有		期間 ( 年 月より)									
年 月 日	⑤配偶者状況 : 無 ・ 有		( 課税 ・ 非課税 )									
まで	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)											
	<input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート				<input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート				<input type="checkbox"/> 運転免許証、パスポート			
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード				<input type="checkbox"/> マイナンバーカード				<input type="checkbox"/> マイナンバーカード			
<input type="checkbox"/> その他官公署( )				<input type="checkbox"/> その他官公署( )				<input type="checkbox"/> その他官公署( )				
2点で確認可能なもの(顔写真なし)												
<input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証				<input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証				<input type="checkbox"/> 被保険者証、負担割合証、健康保険証				
<input type="checkbox"/> その他官公署等( )				<input type="checkbox"/> その他官公署等( )				<input type="checkbox"/> その他官公署等( )				
マイナンバー確認	申請者が本人		申請者が代理人				審査		入力		確認	
	<input type="checkbox"/> マイナンバー確認書類 <input type="checkbox"/> 本人確認書類		<input type="checkbox"/> 代理権の確認書類 <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 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	<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（夫婦の場合は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】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
	<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】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
	<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】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	<input type="checkbox"/> 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	
<b>注意事項</b>		預貯金等合計額	円	

- 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。
- 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。
- 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、申請日から2ヵ月以内の最終残高が分かる部分）
- ・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
- ・マイナンバー確認書類 ※「マイナンバー制度開始に伴う本人確認にご協力ください」をご覧ください。  
申請者が本人の場合…個人番号（マイナンバー）を確認できる書類・本人確認書類  
申請者が代理人の場合…代理権を確認できる書類・代理人の本人確認書類・本人のマイナンバー確認書類

### 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