

介護保険 負担限度額(食費・居住費)認定申請書

フリガナ				保険者番号				3	6	2	0	2	0
被保険者氏名				被保険者番号									
				個人番号									
生 年 月 日	年 月 日生												
住 所	〒 電話番号												
介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号												
入所年月日	年 月 日			短期入所サービス(ショートステイ)の利用					有 ・ 無				
負 担 限 度 申 請 事 由	1 生活保護受給者/市民税非課税である老齢福祉年金受給者 2 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額及び、非課税年金収入金額の合計額が年額80.9万円以下 3 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額及び、非課税年金収入金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下 4 市町村民税世帯非課税者であって、2・3に該当しない												
鳴 門 市 長 様 上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号													
申請書を提出する者													
氏名または名称(続柄等) :						住所または所在地		〒					
☐ 家族（本人との続柄）						電話番号（ ） —							
☐ 介護保険施設													
☐ その他(居宅介護支援事業所)													

※介護保険負担限度額認定を申請される方は本申請書と添付様式 1、2 及び預貯金通帳等の写しを必ず添付してください。

市（町 村）記入欄			
受付時 添付書類確認欄		☐ 添付様式 1 ☐ 添付様式 2 ☐ 預貯金通帳等の写し	
課税・非課税の状況	本 人	課 税 ・ 非 課 税	
	世 帯 員	課 税 ・ 非 課 税	
合計所得金額等	円		
利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		

受 付
入 力 日
証(通知書) 送 付 先
住 送

本人及び配偶者の預(貯)金等に関する申告書

フリガナ		被 保 険 者 番 号									
被保険者名											
☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が①のうち、老齢福祉年金受給者は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②は650万円(同1,650万円)、③－1は550万円(同1,550万円)、③－2は500万円(同1,500万円)以下。* 第2号被保険者の場合、①～③－2の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円以下)											
被保険者 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しを別添のとおり添付											
被保険者本人の預(貯)金等に関する申告	現金	円									
	預(貯)金	☐ 有 ☐ 無	金融機関等						預(貯)金額		
			銀行 支店						円		
			銀行 支店						円		
			ゆうちょ銀行						円		
									円		
	その他	☐ 有 ☐ 無	種 類						価 額		
									円		
									円		
	合 計		円								
被保険者の収入等に関する申告	☐	①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									
	☐	②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】収入額の合計額が年額80.9万円以下(受給している年金に○してください) ※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。									
	☐	③－1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】収入額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下。(受給している年金に○してください)									
	☐	③－2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】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○してください)									

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

配偶者の有無		有 ・ 無		左記において「無」の場合は、以下記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日		
	配偶者氏名		市民税課税状況		課税 ・ 非課税	
	被保険者と別居している場合の住所	〒				
配 偶 者 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しを別添のとおり添付						
配偶者の預(貯)金等に関する申告	現金	円				
	預(貯)金	☐ 有 ☐ 無	金融機関等		預(貯)金額	
			銀行 支店		円	
			銀行 支店		円	
			ゆうちょ銀行		円	
					円	
	その他	☐ 有 ☐ 無	種 類		価 額	
					円	
					円	
	合 計		円			

注意事項

- 1. この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含みます。
- 2. 預貯金等について、複数の口座をお持ちであれば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. 虚偽の申告により不正に特定者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

鳴 門 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、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

〈本 人〉

住所

氏名

(代筆者氏名 本人との関係)

〈配偶者〉

住所

氏名

(代筆者氏名 本人との関係)