

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)福井市長

令和 年 月 日

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。

| | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|---|------------------------------|-----|------------|---|------|
| 被 保 者 (申 請 者) | 氏名 | | | 被保険者番号 | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 月 日 | 個人番号 | | | | |
| | 住所 | | | 性別 | 男・女 | | | |
| 連絡先氏名 | | 続柄() 電話番号 | | | | | | |
| 送付先住所 | | 指定送付先又は被保険者住所と認定証等の送付先が異なる場合に記入してください。 〒 | | | | | | |
| 入 所 施 設 | 施設の所在地及び名称(※) | | | | | | | |
| | 入所年月日(※) | 平・令 | 年 月 日 | (※)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(別世帯含む)・無 | | | | | | |
| 配 偶 者 に 関 す る 事 項 | 氏名 | | | 個人番号 | | | | |
| | 住所 | 電話番号 | | | | | | |
| | 本年1月1日現在の住所(福井市以外のみ) | | | | | | | |
| | 課税状況 | 市町村民税 | 課税 | ・ | 非課税 | 市記入欄 | | |
| 非課税年金の受給 | | 有・無 | | | | | | |
| | | 年金保険者 | <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 | | | | | |
| | | 年金種別 | <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金(寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む。) | | | | | |
| 収入等に関する申告 | | <input type="checkbox"/> ①生活保護受給者 / ②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下 <input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計額が年額120万円超 | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告(夫婦合わせて) | | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 (注) 預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを必ず添付してください。 | | | | | | |
| 無い場合は(無)に○をしてください。 | | 預貯金額 | 円 | (投資有価証券の総額) | 円 | 負債を含む(その他) | 円 | ()※ |

※内容を記入

注意事項

- (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、その全てを記入してください。
- (2) 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。
- (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。

裏面も記入してください。

| | | | |
|---------|--------|---|-------------|
| 交付年月日 | 市記入欄 | <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 | |
| 年 月 日 | 生保/老福 | 市民税 | 預貯金等 |
| 適用年月日 | 給付制限 | 介護度 | 特例措置 |
| 年 月 日から | 有効期限 | 利用者負担段階 | 非該当 / 食 / 居 |
| 年 月 日まで | 個人番号記載 | 有・無 | 申請区分 |
| | 番号 | 個人力・通知力・住民票・システム | 本人・代理人・使者 |
| | 身元 | 個人力・運免・介護支援専門員証・社員証・写真入り本人発行() | 法定・委任状・本人書類 |
| | | 上記以外 2点確認(保険証・負担割合証・) | |

□郵便受付

同意書

福井市長 あて

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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等（以下「預貯金等」という。）の残高について、照会す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 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

<配偶者：別世帯含む。>

住所

氏名 (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※預貯金等資産が確認できる書類の写しを必ず添付してください。

申請書の「預貯金等に関する申告（夫婦合わせて）」の記載内容が確認できる書類の写しの提出が必要です。提出する関係書類については、下表で確認してください。

また、配偶者がいる場合は、夫婦2人分の通帳の写し等が必要です。

| 「預貯金等に関する申告」が必要となる資産 | 必要な添付書類 |
|---|---|
| 預貯金（普通・定期） | 通帳の写し（銀行名・支店・口座番号・名義・残高の分かる部分） ※記帳してください。 ※年金が振り込まれている口座の通帳（必須） その他の通帳 |
| 有価証券（株式・国債・地方債・社債等） | 証券会社や銀行の口座残高の写し |
| 金・銀（積立購入を含む。）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属 | 購入先の銀行等の口座残高の写し |
| 投資信託 | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し |
| 現金（タンス預金など、金融機関に預けずに家庭内で保管されているもの） | 自己申告 |
| 負債（借入金・住宅ローンなど） | 借用証書など |