

記入の仕方

令和3年8月以降

(更新・新規)

※裏面の同意書も記入してください

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

延岡市長 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を申請します。

被保険者	フリガナ	ノベオカ タロウ		被保険者番号	2 6 0 0 ●●●●●●
	被保険者氏名	延岡 太郎		個人番号	
	生年月日	明・大・昭 3 年 月 日			
	住所	延岡市東本小路2番地1		電話番号(0982)	●● - ■■■■
	入所した介護保険施設等の名称	のべおか荘		電話番号(0982)	○○ - □□□□
	入所年月日	令和3年4月1日	サービス種別	特養・老健・療養型・医療院・ショートステイ	

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有・無 ※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。			
	フリガナ	ノベオカ ハナコ		個人番号	
	氏名	延岡 花子		電話番号	(0982) ●● - ■■■■
	生年月日	明・大・昭 10年4月1日		課税状況	市町村民税 課税・非課税
	住所	世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の方も含まれます。			

配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。

収入等に関する申告	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下				
	<input checked="" type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下				
被保険者本人以外が申請する場合は記入してください。					
非課税年金受給状況	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)	有・無	障害年金	有・無	
預貯金等に関する申告	預貯金額	4,500,000 円	有価証券(評価概算額)	0 円	

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	延岡 介護	連絡先(自宅・勤務先)	090-0000-0000
申請者住所	882-0000 延岡市●●町△△△番地○○	本人との関係	長男

<裏面の同意書も記入してください>

* 通知書及び認定証の送付先(希望するものに○) 事業所()・申請者宅()・被保険者宅() (事業所担当者名:)

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又は内縁関係の者を含みます。年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。又は別紙に記入の上添付してください。
- 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、申請書に添付する書類を返還していただく場合があります。
- 預貯金等に係る通帳や有価証券の写し等を添

右記の送付希望先のいずれかに○をつけてください。

裏面も記入が必要です

記入の仕方(裏面)

- ※通帳の写し→
- ①表紙・背表紙
 - ②表紙裏面の口座番号・店名の書かれたページ
 - ③収支のページ(最新の情報を記帳し直近2か月分)
 - ④定期預金のページ(記載が無い場合も必要)

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

申請日と同日を記入

<本人>

住所 **延岡市東本小路2番地1**

氏名 **延岡 太郎**

延岡

<配偶者>

住所 **延岡市東本小路2番地1**

氏名 **延岡 花子**

延岡

本人自筆の場合も押印が必要です。

配偶者の印鑑

市記入欄

承認	第 段階	有効期間	31 日
結果 (該当に○)	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯課税であるため。 <input type="checkbox"/> 同一世帯でない配偶者が市町村民税課税であるため。 <input type="checkbox"/> 預貯金等が単身で以下の額を超えるため。 (第1段階:1,000万円、第2段階:650万円、第3段階①:550万円、第3段階②:500万円) <input type="checkbox"/> 預貯金等が夫婦で以下の額を超えるため。 (第1段階:2,000万円、第2段階:1,650万円、第3段階①:1,550万円、第3段階②:1,500万円)		
送付先	事業所: 担当事業所 / 左以外() ・ 申請者 ・ 被保険者		