（ 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			被保険者番号	2600
	被保険者氏名	※本人署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません ㊞		個人番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日			
	住所	電話番号（　　）　　－			
	入所した介護保険施設等の名称及び所在地		居室種別	ユニット型個室 ・ ユニット型多床室 ・ 従来個室 ・ 多床室	
	入所年月日	年　　月　　日	サービス種別	特養 ・ 老健 ・ 医療院 ・ ショートステイ	

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。				
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号		
	氏名		電話番号	（　　）　　－	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	課税状況	市町村民税	課税 ・ 非課税
	住所				
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）				

収入等に関する申告 いずれかに☑を入れてください	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と合計所得金額の合計から公的年金等に係る雑所得金額を除いた金額が				
	□ 年額82.65万円以下、かつ、預貯金等の合計金額が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。				
	□ 年額82.65万円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計金額が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。				
	□ 年額120万円超、かつ、預貯金等の合計金額が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。				
	□ 生活保護受給者または市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
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	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債等） 円

※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	電話番号（自宅または勤務先）
申請者住所 〒　　－	本人との関係

＜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（希望するものに〇）　①被保険者宛 ／ ②申請者宛 ／ ③事業所宛（　　）

（事業所担当者名：　　）

※市記入欄

保険料（　　）

1段階／2段階

3段階①／3段階②

非該当

発送日

／　（　）済

注意事項

⑴ 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。

⑵ 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。

⑶ 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。

⑷ 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。

⑸ 預貯金等に係る通帳や有価証券の写し等を添付してください。配偶者がいる場合は2名分必要です。

同　意　書

延岡市長　様

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

〈本人〉

住所 ……

氏名 …… ㊞

〈配偶者〉

住所 ……

氏名 …… ㊞

市記入欄

結果（該当に○）	承認	第　　段階	有効期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年 7 月 31 日
	不承認理由（該当に☑）	☐市町村民税世帯課税であるため。 ☐同一世帯でない配偶者が市町村民税課税であるため。 ☐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） ☐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）		