

## 介護保険負担限度額認定申請書

別府市長 あて

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。

|                                      |        |                               |   |      |  |  |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------|---|------|--|--|
| フリガナ<br>被保険者氏名                       | 被保険者番号 |                               |   |      |  |  |
|                                      | 個人番号   |                               |   |      |  |  |
|                                      | 生年月日   |                               | 年 月 日   |      |  |  |
| 住所                                   | (〒 - ) |                               | 電話番号  |      |  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 所在地    | (〒 - )                        |   | 電話番号 |  |  |
|                                      | 名称     | (特養・特養(地域)・老健・療養型・介護医療院・ショート) |   |      |  |  |
| 入所(院)年月日<br>(※)                      | 年 月 日  |                               | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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                      |        | 配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 |      |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                       |        |   |      |  |  |
|           | 氏名                         |        |   |      |  |  |
|           | 生年月日                       | 年 月 日  |   | 個人番号 |  |  |
|           | 住所                         | (〒 - ) |   | 電話番号 |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合) | (〒 - ) |   |      |  |  |
| 課税状況      | 市町村民税 課税 ・ 非課税             |        |   |      |  |  |

|                          |                          |   |                 |                             |                   |                            |
|--------------------------|--------------------------|---|-----------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|
| 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高齢福祉年金受給者  |                 | 単身1,000万円以下<br>夫婦は2,000万円以下 |                   |                            |
|                          | <input type="checkbox"/> | ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。(受給している年金に〇してください)<br>※遺族年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。                     |                 | 単身650万円以下<br>夫婦は1,650万円以下   |                   |                            |
|                          | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。   |                 | 単身550万円以下<br>夫婦は1,550万円以下   |                   |                            |
|                          | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。  |                 | 単身500万円以下<br>夫婦は1,500万円以下   |                   |                            |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方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)以下です。<br>※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)以下です。 |                 |                             |                   |                            |
|                          | 預貯金額                     | 円   | 有価証券<br>(評価概算額) | 円                           | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※<br>円<br>※内容を記入してください。 |

|                         |              |          |        |                   |       |
|-------------------------|--------------|----------|--------|-------------------|-------|
| 別府市記入欄(支1・支2・1・2・3・4・5) |              | 課税区分 本人: |        | 世帯:               |       |
| 決裁年月日                   | 年 月 日        | 適用年月日    | 年 月 日  | 年 月 日             | 年 月 日 |
| 交付年月日                   | 年 月 日        | 有効期限     | 年 月 日  | 年 月 日             | 年 月 日 |
| 決定区分                    | 交付する ・ 交付しない |          | 減額認定事項 | 第1/第2/第3①/第3②(段階) |       |

|    |    |    |    |
|----|----|----|----|
| 課長 | 係長 | 審査 | 受付 |
|    |    |    |    |

裏面もご記入ください

## 同意書

別府市長 あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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。)に配偶者の有無、私及び私の配偶者(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、別府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

<配偶者> 住所  
氏名

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|                              |   |                   |   |
|------------------------------|---|-------------------|---|
| フリガナ                         |   | 事業所が提出する場合は名称等を記入 |   |
| 申請者氏名                        |   | 電話番号              |   |
| 申請者住所                        | 〒 | 本人との関係            |   |
| 申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。 |   | 氏名                | 印 |

### 注意事項

- (1) この申請における「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。
- (2) 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。
- (3) 書ききれない場合は、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。
- (4) 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。