

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

福知山市長 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。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
		性別	男 ・ 女																	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日																			
住 所	連絡先																			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先																			
入所(院)年月日(※)	年 月 日										(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び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										左記において「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																				
	氏 名	個人番号																			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日																			
	住 所	連絡先																			
	本年1月1日現在の住所(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/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"/> 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80万円以下 です。(受給している年金に○してください。以下同じ。) ※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。																				受給している全ての年金の保険者に○してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/> 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80万円を超え、120万円以下 です。																				
	<input type="checkbox"/> 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 。																				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は650万円(同1,650万円)、③-1の方は550万円(同1,550万円)、③-2の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																				
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む。)	()※	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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)																			
申請者住所	本人との関係																			

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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

※この申請書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、介護保険に係る事務に利用します。

下記 1 預貯金等状況、2 非課税年金受給状況 について、必ずご記入ください。

1 預貯金等状況 ※必ずご記入ください

	預貯金先	預貯金額	
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円
本人・配偶者	〔 支店〕	普通・定期 その他()	円

2 非課税年金受給状況 ※必ずご記入ください

非課税年金受給の有無	有 (遺族年金 / 障害年金) ・ 無	「有」の場合は、以下も記入してください
年金保険者	日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済	受給している全ての年金の保険者に○をしてください
年金保険者への届出住所	現住所と同じ ・ その他()	

※ 福知山市記入欄 ※この欄は記入しないでください

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他()		
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他()		
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請 (<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 保険証(原本) <input type="checkbox"/> その他()	受付者	

※委任状は原本、保険証・その他はコピー をもらうこと

同意書

福知山市長 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、福知山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まいります。

令和 年 月 日

〈 本人 〉

住所

氏名

〈 配偶者 〉

住所

氏名