

介護保険負担限度額認定申請書 (新規申請 ・ 更新申請)

年 月 日

(申請先) 伊那市長

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 | 0 | 0 |   |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|                          |              |  | 個人番号   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 明治 ・ 大正 ・ 昭和 |  |        | 年 | 月 | 日   |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| 住 所                      | 〒            |  |        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒            |  |        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |
| 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、記載不要です。 |  |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                   |             |   |  |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                    |             |   |  |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   | 明治・大正・昭和・平成 |   |  | 年 | 月 | 日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                    | 〒           |   |  |   |   |   |      |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |
|           | 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/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市町村民税非課税世帯であって、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80万円以下です。(受給している年金に○をして下さい。以下同じ。)<br>※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。                          |  |  |                 |   |  |  |                   |         |  |  |               |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税非課税世帯であって、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80万円を超え、120万円以下です。   |  |  |                 |   |  |  |                   |         |  |  |               |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税非課税世帯であって、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。  |  |  |                 |   |  |  |                   |         |  |  |               |  |  |  |  |  |
| 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)以下です。※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) | ( ) ※ 円 |  |  | ※内容を記入してください。 |  |  |  |  |  |

受給している全ての年金の保険者に○をしてください。  
日本年金機構  
地方公務員共済  
国家公務員共済  
私学共済

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   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号(自宅・勤務先) |  |  |  |  |  |  |
| 申請者住所 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との関係       |  |  |  |  |  |  |

【添付書類】  預貯金等の照会に関する同意書(裏面)  預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。
- 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。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者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。

【裏面あり】

# 同 意 書

伊那市長 殿

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。）及び世帯員の課税状況、住民登録情報、その他に市が保有する情報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、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。

当該申請に対する決定事項について、私（被保険者）の介護サービスを提供する事業者に対して、市が本申請書の情報を提供することに同意します。

年 月 日

<被保険者本人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

<配偶者> ※いない場合は記入不要

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

市 記入欄

| 受付年月日       | 備 考                            |                                    |
|-------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 年 月 日       | 認定有無                           |                                    |
|             | 1 市民税課税状況(世帯全員)                | 課 税 ・ 非課税                          |
|             | 2 市民税課税状況(配偶者)                 | 課 税 ・ 非課税                          |
|             | 3 所得・年金収入状況                    | 1段階 ・ 2段階 80万円以下                   |
| 適用年月日       | (利用者負担段階に○する。)                 |                                    |
|             | 3段階① 80万円超120万以下 ・ 3段階② 120万円超 |                                    |
| 年 月 日<br>から | 4 預貯金等(单身)                     | 過大 ・ 過大でない                         |
|             |                                | 1段階・2号(40歳～64歳) 1,000(夫婦2,000)万円以下 |
|             |                                | 2段階 650(夫婦1,650)万円以下               |
|             |                                | 3段階① 550(夫婦1,550)万円以下              |
| 有効期限        | 3段階② 500(夫婦1,500)万円以下          |                                    |
| 年 月 日<br>まで | 5 介護保険料の滞納                     | 有 ・ 無                              |
|             | 6 生活保護受給                       | 有 ・ 無                              |
|             | 7 境界層措置                        | 該 当 ・ 非該当(該当の場合資料添付)               |
|             | 8 老齢福祉年金受給                     | 有 ・ 無                              |
|             | 9 特例減額措置                       | 該 当 ・ 非該当(該当の場合資料添付)               |

|     |      |     |        |      |              |
|-----|------|-----|--------|------|--------------|
| 処理欄 | 状況調査 | 確 認 | システム入力 | 決定通知 | 認定証交付(交付年月日) |
|     |      |     |        |      | ( 年 月 日)     |