

(表 面)
介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

勝山市長 殿

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 氏 名	-----	被 保 険 者 番 号	-----
		個 人 番 号	-----
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女
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	-----		
入所（院）年月日	昭・平・令 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	被 保 険 者 番 号	-----
		個 人 番 号	-----
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	
	現 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のみ記載）	-----	
課 税 状 況	市町村住民税 課税 ・ 非課税		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		受給している全ての年金保険者に○をして下さい 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"/>	市町村住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○をしてください） ※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"/>	市町村住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80万円超120万円以下です。（受給している年金に○をしてください）				
	<input type="checkbox"/>	市町村住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。（受給している年金に○をしてください）				
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一定額以下です。				
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり（下欄に記入してください。）				
	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

※合計所得金額とは税法上の合計所得金額から長期譲り所得・短期譲り所得の特別控除額、公的年金等に係る雑所得を控除した金額です。合計所得金額に給与所得が含まれている場合は、所得金額調整控除適用後の合計所得から最大10万円控除した金額を用いています。

申請者氏名	連絡先（自宅・携帯） -----
申請者住所 〒	被保険者との関係

注意事項

- (1) 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
- (2) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- (3) 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下さい。
- (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。
- (5) この申請書（表面）と申請に係る同意書等（裏面）について、**被保険者1名につき、両面印刷（1枚）にてご提出下さい。**

裏面に続く（注意）

(裏面)

同意書

勝山市長 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。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況、年金受給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。

また勝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

勝山市記入欄

交付年月日	備考																
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) <table border="1"><tr><td>生保</td><td></td><td>老福</td><td></td><td>利用者負担段階</td><td></td><td><input type="checkbox"/>入力済</td></tr></table>	生保		老福		利用者負担段階		<input type="checkbox"/> 入力済									
生保		老福		利用者負担段階		<input type="checkbox"/> 入力済											
適用年月日	本人について 配偶者について																
年 月 日 から	<table border="1"><tr><td>合計所得金額</td><td>円</td><td>合計所得金額</td><td>円</td></tr><tr><td>課税年金収入額</td><td>円</td><td>課税年金収入額</td><td>円</td></tr><tr><td>非課税年金収入額</td><td>円</td><td>非課税年金収入額</td><td>円</td></tr><tr><td>預貯金等について</td><td>限度額以下 ・ 超過</td><td>預貯金等について</td><td>限度額以下 ・ 超過</td></tr></table>	合計所得金額	円	合計所得金額	円	課税年金収入額	円	課税年金収入額	円	非課税年金収入額	円	非課税年金収入額	円	預貯金等について	限度額以下 ・ 超過	預貯金等について	限度額以下 ・ 超過
合計所得金額	円	合計所得金額	円														
課税年金収入額	円	課税年金収入額	円														
非課税年金収入額	円	非課税年金収入額	円														
預貯金等について	限度額以下 ・ 超過	預貯金等について	限度額以下 ・ 超過														
有効期限																	
年 月 日 まで	<table border="1"><tr><td>郵送希望先</td><td><input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者</td><td>交付</td><td><input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所</td><td></td><td></td></tr></table>	郵送希望先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者	交付	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所										
郵送希望先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者	交付	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <input type="checkbox"/> 郵送														
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所																

窓口確認欄

番号確認

<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ()

代理権確認 ※本人および同居の親族の申請の場合不要

法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 資格証明 <input type="checkbox"/> その他 ()
委任代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 官公庁から本人に発行された書類

本人確認 (□代理人)

1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 (身・精・療) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()
2点	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他 ()
No	