

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 年 月 日
米 子 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											
生年月日	大・昭 年 月 日										番号											
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（※）	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																				
	生年月日	大・昭・平 年 月 日										個人番号									
	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	☐	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																	
	☐	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○して下さい。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。																	
	☐	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。																	
	☐	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。																	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）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							

※日本鉄道共済組合からの年金をお受取りの方は、年金支払通知書の写しを添付して下さい。
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 TEL
申請者住所	本人との関係

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ものを含みます。
- (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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

同意書

米子市長様

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構（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、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

◎更新申請の方で、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院にご入所中の方（ショートステイは除く）のみ以下にご本人様、配偶者様の金融機関ごとの総預貯金額（定期預貯金等含む）を記入してください。

※通帳等の写しの提出は不要ですが、必要に応じて市より銀行等の金融機関へ照会を行います。

名義人名		金融機関名	預貯金額（定期含む）
本人	カナ		円
	氏名		円
			円
			円
配偶者	カナ		円
	氏名		円
			円
			円

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

米子市長様

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	ヨナゴ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	米子 太郎	個人番号										
生年月日	明・大 昭 4 年 7 月 5	性 別	男 ・ 女									
住 所	米子市加茂町一丁目1番地 住民票上の住所 連絡先 23-5132											
入所した介護保険施設の所在地及び名称（※）	米子市加茂町一丁目1番地 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院に入所中の場合は必ずご記入ください。（ショートステイは除く）											
入所年月日（※）	平成 20 年 4 月 1 日	（※） してい										

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	ヨナゴ ハナコ										
	氏 名	米子 花子										
	生年月日	明・大 昭 5 年 4 月 7 日	個人番号									
	住 所	米子市〇〇町四丁目7番5号 五丁目9番 連絡先 23-5155										
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）	修正は二重線										
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											

収入等に関する申告	☐	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			
	☐	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下さい。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。			
	☐	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。			
	☐	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 。			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。			
	預貯金額	円	有価証券 （郵便振替）	円	その他 （現金・負債を含む）

申請者氏名	米子 一郎	は、年	証券会社等が発行する残高の確認できる書類の写しを添付してください。
申請者住所	米子市〇〇123	本人の場合	23-5131
		本人との関係	長男

注意事項

- この申請書における「収入等に関する申告」は、**最新の日付のもの**を添付してください。
- 書き切れない場合は、**通帳等の写し**を添付してください。
- 虚偽の申告により不正に給付を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給されなかったものとみなされ、返還を求められます。

〇配偶者のものを含む、全ての預貯金の合計額を記入してください。

〇通帳の写しは、
(1)口座番号がわかる部分
(2)残高がわかる最後の部分
(3)定期預金等あればその部分のものがが必要です。
（本人及び配偶者のもの全て）

証券会社等が発行する残高の確認できる書類の写しを添付してください。

いる配偶者又は内縁関係のものを含みます。る場合は、そのすべてを記入し、**通帳等の写し**を添付してください。
を受けた場合には、介護保険法第22条第1項のていただくことがあります。

記入例

※この同意書は介護保険法施行規則により
申請書への添付が義務づけられています。

同意書

米子市長様

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構（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、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

配偶者がおられない
場合は空欄

◎更新申請の方で、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院にご入所中の方（ショートステイは除く）のみ以下にご本人様、配偶者様の金融機関ごとの総預貯金額（定期預貯金等含む）を記入してください。

※通帳等の写しの提出は不要ですが、必要に応じて市より銀行等の金融機関へ照会を行います。

名義人名		金融機関名	預貯金額（定期含む）
本人	カナ		円
	氏名	この欄は、更新申請の方で、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院にご入所中の方（ショートステイは除く）のみご記入ください。	円
			円
			円
配偶者	カナ		円
	氏名		円
			円
			円