

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 福岡県介護保険広域連合長

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		被保険者番号	
被保険者氏名	印	個人番号	
		性別	男 ・ 女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日		
住所	連絡先		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先		
入所(院)年月日(※)	昭 ・ 平 年 月 日	事業所番号(※)	

(※)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		個人番号	
	配偶者氏名	印	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
			市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税
	住所	☐ 被保険者と同じ 連絡先		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			

収入等に関する申告	☐ 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			
	☐ 市町村民税非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額が年額80万円以下です。			
	☐ 市町村民税非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額が年額80万円を超えます。			
預貯金に関する申告	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	預貯金・現金等(別紙合計①)	円	有価証券(別紙合計②)	円
	※上記に記載した金額については、別紙の各項目の合計と同額になるように記載してください。			

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	本人との関係	連絡先(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所		

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てください。
- (3) 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。

市町村記入欄

交付年月日	年 月 日	適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
市町村民税課税状況等	年 月 日 現在	利用者負担段階	段階
☐ 市町村民税課税世帯 { 課税層特例減額措置 ☐ 有 () ☐ 無 }			
☐ 市町村民税非課税世帯 { ☐ 80万円超 ☐ 80万円以下 ☐ 老齢福祉年金受給者 }			
☐ 生活保護受給者			
☐ その他(境界層)			

被保険者番号	
被保険者氏名	

○預貯金及び現金等

※年金を受給している方は、年金受取口座を記載した箇所の番号を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象	残 高(円)	市町村 確認欄
1					本・配		
2					本・配		
3					本・配		
4					本・配		
5					本・配		
現 金 等				被 保 険 者 (本人)			
				配 偶 者 等			
合 計 ①							

※添付書類(必須)…通帳の写し(銀行名・支店名・名義が確認できる部分及び最終残高(2ヶ月前まで)が確認できる部分)

○有価証券等

番号	種 類	氏 名	対象	評価概算額(円)	市町村 確認欄
1			本・配		
2			本・配		
3			本・配		
4			本・配		
5			本・配		
合 計 ②					

※添付書類(必須)…証券会社や内容の確認できる資料

○負債

番号	貸 主	名 目	対象	残 高(円)	市町村 確認欄
1			本・配		
2			本・配		
3			本・配		
4			本・配		
5			本・配		
合 計 ③					

※添付書類(必須)…借用書等内容や金額のわかる資料。(添付資料を確認して、預貯金等から差し引きます。)

※書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

※下記の市町村記入欄及び市町村確認欄には何も記入しないでください。

市町村記入欄

資 産 総 合 計	①+②-③	円
□預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下		
□預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以上		

同意書

福岡県介護保険広域連合長 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。）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、福岡県介護保険広域連合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。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印