

令和7年度

介護保険負担限度額認定申請書

(新規 ・ 更新)

海南市長 様

令和 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	0	0	0													
被保険者氏名			個人番号																
生 年 月 日	明・大・昭	年																	
住 所	〒																		
介護保険施設の所在地及び名称※	〒																		
入 所 年 月 日 ※	年	月	日	※ 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															
	氏 名			生年月日	明・大・昭	年													
	住 所	〒 □ 被保険者と同じ																	
	本年1月1日現在の住所	上記住所と異なる場合のみ記入																	
					市町村民税課税状況		課税 ・ 非課税												

収入等及び預貯金等に関する申告	☐ 第1段階	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																		
	☐ 第2段階	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 (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。 預貯金額等が単身650万円以下、夫婦1,650万円以下																		
	☐ 第3段階①	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80万9千円超120万円以下 (受給している年金に○をしてください) 預貯金額等が単身550万円以下、夫婦1,550万円以下																		
	☐ 第3段階②	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120万円超 (受給している年金に○をしてください) 預貯金額等が単身500万円以下、夫婦1,500万円以下																		
	預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																			
	預貯金額 (普通・定期)	円	有価証券等 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円	(内容:)													

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また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、そのすべてを記入してください。
- 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。
- 申請後に世帯状況や所得状況、預貯金の額等が変更になり、認定要件を満たさなくなった場合は、速やかに申し出てください。
- 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。

注意：裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

同意書

海南市長 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、海南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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

〔 ※代筆の場合

代筆者氏名:

続柄:

<配偶者>

住所

氏名