

【記入方法】 (□は、チェック(☑)で記入をお願いします。)

②施設を利用する人の氏名・生年月日・住所・電話番号をご記入ください(※押印は必要ありません)。

①記入日を書いてください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 今 治 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。

③被保険者番号は、オレンジ色三つ折保険証の番号10ケタをご記入ください。個人番号は、マイナンバー12ケタをご記入ください。

④利用する施設の名称と入所(院)年月日をご記入ください。

⑤施設を利用する人の配偶者(夫、妻)の有無をチェック(☑)してください。「あり」の場合、氏名・生年月日・住所・市町村民税の状況をご記入ください。

⑥所有している全ての通帳等の金額の合計を1円単位までご記入ください。配偶者がいる場合、2人の全ての金額の合計をご記入ください(生活保護受給者は記入不要)。負債がある場合は、負債もご記入ください。

フリガナ	被保険者番号			
被保険者氏名	個人番号			
住所	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
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(※)	電話番号			
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	配偶者の有無が「なし」の場合、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(姓)	(名)	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
	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)	電話番号		
	課税状況	市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 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高齢福祉年金受給者		
	<input type="checkbox"/>	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82.65万円以下です。(受給している年金に0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"/>	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82.65万円を超え、120万円以下です。		
	<input type="checkbox"/>	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	<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。		
	⑥ 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
			※内容を記入してください	
非課税年金の受給状況	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給あり			
フリガナ	申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。			
申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)			
申請者住所	本人との関係			
預貯金等金額	円	発行区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新

⑦非課税年金の受給状況にチェック(☑)してください。

⑧記入した人(申請した人)の氏名(または事業所名)、施設を利用する人との関係(夫、妻、長男、長女、ケアマネなど)、住所、連絡のつきやすい電話番号をご記入ください。

※同意書は、本人の同意を得た上で、申請する人が代理で記入しても可

同意書

(宛先) 今治市長

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や取引履歴などについて、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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

⑨

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

⑨記入日を書いてください（オモテ面の記入日と同日）。
 <本人>に、施設を利用する人の名前をご記入ください。
 配偶者（夫・妻）がいる場合は、<配偶者>欄もご記入ください。

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。

今治市処理欄（記入しないでください）				
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 預貯金等内訳書	<input type="checkbox"/> 一冊のみ	<input type="checkbox"/> 通帳等の写し
配偶者がいる場合の課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	判定		交付年月日
		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日
		理由	<input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過	適用年月日（開始）
		<input type="checkbox"/> その他（ ）		年 月 日
備考				