

介護保険負担限度額認定申請書

北広島市長 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		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																	
入所年月日（※）		年		月		日	（※） 介護保険施設に入所（院）しない場合及びショートステイ利用の場合は、記入不要です。													

配偶者の有無	有	・	無	個人番号																
配偶者に関する事項	フリガナ													生	年	月	日			
	氏名													年	月	日				
	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のみ記入してください。)																		
	課税状況	市町村民税																	課税	・

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市民税世帯非課税者で、老齢福祉年金受給者																						
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者で、その他の合計所得金額※1と年金収入額※2の合計が80万円以下です。																						
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が80万円超120万円以下です。																						
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者で、その他の合計所得金額と年金収入額の合計が120万円超です。																						
	基礎年金番号										年金の種別										<input type="checkbox"/>	障害	<input type="checkbox"/>	遺族
預貯金等に関する申告	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: )																	

※1 「その他の合計所得金額」とは、税法上の合計所得金額から公的年金等の雑所得と長期譲渡所得・短期譲渡所得の特別控除額を控除した金額を指します。また、給与所得が含まれる場合、給与所得(給与所得と年金の雑所得の双方を有する方に対する所得金額調整控除が行われている場合には、その控除前の金額)については、10万円を控除した額(ただし、控除後の合計額が0円を下回る場合は0円)とします。

※2 年金収入額は、遺族年金、障害年金等の非課税年金を含みます。

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	
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又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、通帳の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、別紙に記入の上、添付してください。
- 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。
- インクの消えるボールペンの使用は不可。

## 同意書

北広島市長 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。

また、この申請の結果については、申請者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

被保険者以外への決定通知書等の送付を希望する方は、にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/>	入所中の施設（施設名： _____）
<input type="checkbox"/>	担当ケアマネジャー等（事業所名・職員名： _____）
<input type="checkbox"/>	その他親族（氏名・続柄： _____）
<input type="checkbox"/>	送付先住所（〒 _____ - _____）

以下市記入欄

氏名	所得状況	収入状況	要介護認定情報
申請者本人	課税・非課税 生保・境界層 老福	合計所得： _____ 円	要介護度： 認定有効期間 令和 年 月 日 ～令和 年 月 日
		課税年金： _____ 円	
		非課税年金： _____ 円	
		合計： _____ 円	
	課税・非課税 生保・境界層 老福	・ 配偶者	有 ・ 無
	課税・非課税 生保・境界層 老福	・ 配偶者の市町村民税が	課税 ・ 非課税
第1段階	(生活保護受給者／高齢福祉年金受給者で市民税世帯非課税者かつ預貯金1,000万円(夫婦は2,000万円)以下)		
第2段階	(市民税世帯非課税者でその他の合計所得+課税年金+非課税年金≤80万円かつ預貯金650万円(夫婦は1,650万円)以下) ※64歳以下の被保険者の場合は、預貯金1,000万円(夫婦は2,000万円)以下。以下同じ。		
第3段階①	(80万円<市民税世帯非課税者でその他の合計所得+課税年金+非課税年金≤120万円かつ預貯金550万円(夫婦は1,550万円)以下)		
第3段階②	(120万円<市民税世帯非課税者でその他の合計所得+課税年金+非課税年金かつ預貯金500万円(夫婦は1,500万円)以下)		
第4段階 (非該当)	(市民税世帯課税者／市民税本人課税者／配偶者課税者／預貯金等超過)		

認定期間 令和 年 月 日～令和 年 7月31日 第 段階