

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)：明石市長

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。

|                          |                        |                          |                                                                                                                                                                   |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|-----|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|-------------------|---|---|---|
| フリガナ                     |                        | 被保険者番号                   |                                                                                                                                                                   |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
| 被保険者氏名                   |                        |                          |                                                                                                                                                                   |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
| 生年月日                     |                        |                          |                                                                                                                                                                   | 明・大・昭 |  | 年                                         |  | 月                                                 |  | 日   |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
| 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(※)              |                        | 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                   | 明・大・昭                    |                                                                                                                                                                   | 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) |                          |                                                                                                                                                                   |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
| 課税状況                     |                        | 市町村民税                    |                                                                                                                                                                   |       |  | 課税                                        |  | ・                                                 |  | 非課税 |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
| 収入等に関する申告                |                        | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者/市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                                                                                                                      |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
|                          |                        | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税世帯に該当し、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額 80.9 万円以下で、かつ預貯金が 650 万円(夫婦で 1,650 万円)以下です。(受給している年金に○をして下さい)<br>※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"/> | 市民税世帯非課税世帯に該当し、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額 80.9 万円超 120 万円以下で、かつ預貯金が 550 万円(夫婦で 1,550 万円)以下です。(受給している年金に○をして下さい)                                   |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
|                          |                        | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税世帯に該当し、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額 120 万円超で、かつ預貯金が 500 万円(夫婦で 1,500 万円)以下です。(受給している年金に○をして下さい)                                             |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |
| 預貯金等に関する申告               |                        | 預貯金額                     |                                                                                                                                                                   |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  | 有価証券<br>(評価概算額) |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | ( | ) | 円 |
|                          |                        |                          |                                                                                                                                                                   |       |  |                                           |  |                                                   |  |     |  |  |  |  |  |  |                 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |                   |   |   |   |

＜個人番号について＞

個人番号は、番号法（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律）の成立によって、平成 28 年 1 月から利用に係る部分が施行されたものですが、本申請書においては個人番号の記載が無いことで不利益を受けることはありません。認知症その他の理由で個人番号が記入できない、あるいは個人番号の記入を希望しない場合は、下記の□欄にチェックを入れて、個人番号欄は空白としても構いません。

[illegible][illegible]

- ☐ 被保険者が認知症その他の理由で個人番号が記入できない
- ☐ 被保険者が個人番号の記入を希望しない
- ☐ 配偶者が認知症その他の理由で個人番号が記入できない
- ☐ 配偶者が個人番号の記入を希望しない

**ウラ面もご記入ください**

## 同意書(兼誓約書)

明石市長 殿

- ◎ 申請書の記載内容に虚偽のないことを誓約します。
- ◎ 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

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。

|       |             |
|-------|-------------|
| 代理人氏名 | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 代理人住所 | 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) 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。

| 明石市処理欄 ※この欄は記入不要です                                                                                                                                      |                                                          |          |                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------|
| 利用者負担段階                                                                                                                                                 |                                                          |          | 生活保護                                                  |
| 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階 <input type="checkbox"/> |                                                          |          | 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> |
| 市民税                                                                                                                                                     |                                                          | 備考       |                                                       |
| 被保険者                                                                                                                                                    | 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> | カ<br>ヒ 計 |                                                       |
| 世帯                                                                                                                                                      | 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> |          |                                                       |
| 配偶者                                                                                                                                                     |                                                          | 備考       |                                                       |
| 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>                                                                                                   |                                                          |          |                                                       |
| 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/>                                                                                                |                                                          |          |                                                       |
| 資産                                                                                                                                                      |                                                          |          |                                                       |
| 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/>                                                                                                 |                                                          | 合計       | 円                                                     |
| 預貯金 <input type="checkbox"/> ( ) 円 有価証券 <input type="checkbox"/> ( ) 円 その他 <input type="checkbox"/> ( ) 円                                               |                                                          |          |                                                       |
| 備考                                                                                                                                                      |                                                          |          |                                                       |

### 身元確認書類

- ☐ 個人番号カード ☐ 介護支援専門員証
- ☐ 運転免許証 ☐ 負担割合証 ☐ 医療保険証
- ☐ 被保険者証 ☐ その他 ( )

| 供<br>覧 | 課長 | 係長 | 係 |
|--------|----|----|---|
|        |    |    |   |