

介護保険負担限度額認定申請書

倉敷市長あて

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。

| | | | | | | | | | | | |
|------------|------------------|-------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|
| 被保険者に関する事項 | フリガナ | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名(申請者名) | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 電話 () - | | | | | | | | | |
| | 入所(院)中の介護保険施設(※) | 名称及び所在地 | 入所(院)日 | | | | | | | | 平・令 年 月 日 |

※下記注意事項参照

※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 | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 被保険者と同じ・その他 | 1月1日現在の住所（1月1日の住所が倉敷市以外の場合のみ記入してください。） | | | | | | | | | |
| | 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、境界層該当者 | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 私及び私の世帯員（別世帯の配偶者も含む）に市町村民税は課税されていません。また、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○して下さい） | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 私及び私の世帯員（別世帯の配偶者も含む）に市町村民税は課税されていません。また、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。（受給している年金に○して下さい） | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 私及び私の世帯員（別世帯の配偶者も含む）に市町村民税は課税されていません。また、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○して下さい） | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | 預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに | | | | | | | | | | |
| | 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

| | |
|----------------|----------|
| 申請書提出者(代行事業所名) | 電話 () - |
| 申請書提出者住所 | 本人との関係 |

注意事項

- 申請者名欄は本人署名のほか、記名・押印（本人のもの）または顔写真入りの身分証明書の写しの添付等で代えることができます。裏面も同様にしてください。
- 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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

裏面にも記入が必要です。記入がない場合は受付できませんのでご注意ください。

| | | | | |
|--------|--|----------------|--|----|
| 倉敷市記入欄 | 受付窓口 <input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 水島 <input type="checkbox"/> 真備 | 受付年月日 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 配偶者の記載 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 押印 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し | 入力 |
| | 備考 | 決定日 令和 年 月 日 | | |

同意書

倉敷市長あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況等を調査すること、また、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、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 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

申請書を提出する前にもう一度ご確認ください。

- 配偶者の有無は記入しましたか？
- 配偶者のいる方は、配偶者に関する事項を記入しましたか？
- 預貯金等に関する申告は記入しましたか？
- 申告した預貯金等の内容が確認できる通帳等の写しを添付しましたか？
 - ①銀行名・支店名・口座番号・名義の分かる部分（例えば、表紙を開いた部分）
 - ②最終の取引日と残高が分かる部分
（配偶者のいる方は、配偶者の通帳等の写しも必要です）
（最終の取引日が2ヶ月以上古い場合は記帳してください）
（定期預金がある場合は該当のページまたは預金証書の写しを添付してください）
 - ③有価証券（株・投資信託等）がある場合は評価額が分かるもの
- 保有しているすべての預貯金等の写しを添付しましたか？
- 押印する場合は申請書表裏で同一の押印になっていますか？
- 本人署名以外の場合は、押印（※）しましたか？（配偶者も同様）
※押印の代わりに顔写真入り身分証の写しの添付でも可。

～ 被保険者が被後見人の場合 ～

被保険者名に続けて後見人名を記入してください。（申請書表裏）
被保佐人等の場合も同様にしてください。また、登記事項証明書等の写しを添付してください。

<例> 被保険者：倉敷太郎、後見人：岡山一郎の場合

⇒ 倉敷太郎 成年後見人 岡山一郎