

# 介護保険負担限度額認定申請書

様式第15号

田辺市長 宛

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		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
住 所		電話番号	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 (※)			
入所(院)年月日(※)	平・令 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 ※世帯分離・内縁関係の者を含む	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、記入不要です。
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	電話番号
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1,000万円 (夫婦は2,000万円) 以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と、遺族年金※・障害年金の収入額の合計額が年額 <u>82.65万円以下</u> です。 【遺族年金・障害年金の受給 有 ・ 無】(○印をして下さい) ※ 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。	650万円 (夫婦は1,650万円) 以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と、遺族年金・障害年金の収入額の合計額が年額 <u>82.65万円を超え120万円以下</u> です。 【遺族年金・障害年金の受給 有 ・ 無】(○印をして下さい)	550万円 (夫婦は1,550万円) 以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と、遺族年金・障害年金の収入額の合計額が年額 <u>120万円を超えます</u> 。 【遺族年金・障害年金の受給 有 ・ 無】(○印をして下さい)	500万円 (夫婦は1,500万円) 以下
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基準額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	預貯金額	有 価 証 券 円 (評価概算額)	そ の 他 ( ) ※ 円 (現金・負債を含む)

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です ※内容を記入してください

申請者氏名	連絡先 (自宅・携帯)
申請者住所	本人との関係

- (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。
- 注 意 事 項** (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、申請日の2ヶ月以内に記載した通帳等の写し (名義・銀行名・支店名・口座等と預貯金の残高が確認できる写し)を添付してください。
- (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。

※この申請により取得した個人情報、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に取扱いいたします。

(裏面もごさいます。必ずご記入下さい。)

# 同意書

田辺市長 宛

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>

令和 年 月 日

<配偶者>

住 所

氏 名

住 所

氏 名

## ※事務処理欄

申請者	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 → ※代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
申請者本人確認	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	2点	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ( )

介護度	要支援 / 要介護 年 月 日 ~ 年 月 日			
非課税状況	<input type="checkbox"/> 世帯非課税 (生活保護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年 月 日~ ) <input type="checkbox"/> 課税世帯 (本人・配偶者・世帯員:名前 続柄 )			
所得判定	課税年金収入 円	資産判定	②	<u>单身 650 万円・夫婦 1,650 万円</u> 82.65 万円以下 本人 円、配偶者 円 計 円
	非課税年金収入 円		③-1	<u>单身 550 万円・夫婦 1,550 万円</u> 82.65 万円超 本人 円、配偶者 円 120 万円以下 計 円
	その他所得金額 円		③-2	<u>单身 500 万円・夫婦 1,500 万円</u> 120 万円超 本人 円、配偶者 円 計 円
	合 計 円			