

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
被保険者氏名			個人番号																	
生年月日	大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女														
利用区分 (いずれかに○)	介護保険施設入所 ・ ショートステイ利用				入所年月日	年 月 日														
利用中の施設	名称	所在地																		
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 ※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。	フリガナ													性別	男 ・ 女					
	氏名													生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日					
	世帯	同一世帯 ・ 別世帯（市内在住） ・ 別世帯（市外在住）																		
	住所 ※同一世帯の場合は記入不要	〒												電話番号						
	本年1月1日の住所（現住所と異なる場合）	〒												市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税					
収入等および預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、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】収入額の合計額が年額80万円以下で預貯金等の合計額が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、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】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下で預貯金等の合計額が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、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】収入額の合計額が年額120万円超で預貯金等の合計額が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。																		
	上記収入額中、譲渡に係る収入額の有無		有 ・ 無																	
	<input type="checkbox"/>	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																		
		預貯金額	有価証券（概算評価額）	その他（現金・負債含む）	合計															
	被保険者	円	円	円	円															
	配偶者	円	円	円	円															
非課税年金額 (遺族年金、障害年金等)に関する申告	受給あり ・ 受給なし		左記において「受給なし」の場合は、以下の「非課税年金に関する事項」については、記載不要です。																	
	受給している全ての年金の保険者を○で囲んでください		日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済																	
	年金保険者への届出住所	現住所と同じ ・ その他（ ）																		
糸島市長 宛 上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。 （私の世帯及び収入・課税の状況並びに年金及び生活保護の受給状況の公簿による確認を承諾します。） 令和 年 月 日 申請者 住所 （被保険者） 氏名 Ⓜ 電話番号 （ ） ※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。																				

●注意事項

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 も 必 ず ご 記 入 く だ さ い 。

市 処 理 欄	交付年月日	生活保護	本人	審査判定	受付印
	年 月 日	有 ・ 無	課税 ・ 非課税	1 2 3① 3② 4	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院 短期入所 その他
	適用年月日	老齢福祉年金	配偶者	備考	
	年 月 日	有 ・ 無	課税 ・ 非課税		
	有効期限	境界層	通帳等写し		
	年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無		

同 意 書

糸島市長

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について、報告を求めることに同意します。

また、当該報告要求に対し、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 _____ (印)

※署名(自筆)の場合は、押印する必要はありません。

〈配偶者〉

住所 _____

氏名 _____ (印)

※署名(自筆)の場合は、押印する必要はありません。

●送付先(住所地と違う場合は、記載してください)

氏名		住所	〒
----	--	----	---

●申請に関する問い合わせ先

氏名		本人との関係	
住所	〒	電話番号	

●必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

申告が必要な資産	添付が必要な書類	申告が不要な資産
預貯金(普通・定期)	通帳の写し(銀行名・支店名・名義・最終残高の分かる部分) ※インターネットバンクであれば口座残高ページ	<ul style="list-style-type: none"> ・生命保険(保険事故への備え) ・自動車(価値の確認が困難) ・貴金属(腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの) ・その他高価な価値のあるもの(絵画・骨董品・家財など)
有価証券(株式・国債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し	
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し	
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し	
タンス預金(現金)	自己申告	
負債(借入金・住宅ローンなど)	借用証書など	

●対象となる非課税年金(振込通知書に出力される年金種別の文言(例))

障害	国民年金 障害基礎	厚生年金 障害厚生	国民年金 障害	厚生年金 障害	船員保険年金 障害	障害共済	国民年金 遺族基礎
厚生年金 遺族厚生	厚生年金 遺族	厚生年金 寡婦	厚生年金 通算遺族	船員保険年金 遺族	遺族共済	遺族	通算遺族
厚生年金 かん夫	厚生年金 遺児	厚生年金 特例遺族	船員保険年金 寡婦	船員保険年金 寡婦	船員保険年金 遺児	船員保険年金 通算遺族	船員保険年金 特例遺族
国民年金 母子	国民年金 準母子	国民年金 寡婦	国民年金 遺児	国民年金 遺族基礎	国民年金 寡婦		