

令和7年 介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 小松市長

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。 (新・更)

フリガナ			保険者番号	1	7	2	0	3	1	
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日		個人番号							
住 所			電話番号							
介護保険施設の名称(※)										
介護保険施設の所在地(※)			電話番号							
入所(院)年月日	昭・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	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	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のみご記入ください。						
	課税状況	市町村民税 課税・非課税								
収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	有(遺族年金※／障害年金)・無 ※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。		世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税		生活保護受給の有無	有・無		
	65歳以上の人(年金収入額+その他の合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額80万9千円以下 → かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下								
		<input type="checkbox"/> 年額80万9千円超120万円以下 → かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下								
		<input type="checkbox"/> 年額120万円超 → かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下								
	65歳未満の人	<input type="checkbox"/> 預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下								
	預貯金等に関する申告	本人	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					
	配偶者	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				電話番号
代理人 住所				本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」とは、世帯分離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、そのすべての合計金額を記入してください。
- 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。

◇市記入欄

適用期間 ～令和 年 月 日	令和 年 月 日	負担段階	第 段階	入力	済・未	/
交付年 月日	/	不承認 年月日	/	今回 結果	承認・不承認	(本人・家族・配偶者)課税 理由 預貯金等合計額超過

裏面もご記入ください

同 意 書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 年 月 日

<本 人>

氏 名 _____ (署名又は記名押印)

住 所 _____

<配偶者>

氏 名 _____ (署名又は記名押印)

住 所 _____

預貯金等確認書類 写し 貼り付け欄

『必ず添付が必要』
口座の金融機関名、口座番号、口座名義人、残高が分かる通帳等の写し

預貯金等が複数ある場合は、そのすべてについて預貯金等の確認書類が必要です。
配偶者がいる場合は、配偶者の預貯金等確認書類も必要になります。