

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 直方市長
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。

[illegible]

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	大正・昭和・平成	年	月	日	個人番号
	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）	〒 連絡先				
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税				

収入等に関する申告	☐	① 生活保護受給者／② 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	③ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80.9 万円以下</u> です。 ※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。				
	☐	④ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80.9 万円を超え、120 万円以下</u> です。				
	☐	⑤ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 120 万円を超え</u> ます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）、③の方は 650 万円（同 1650 万円）、④の方は 550 万円（同 1550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。				
	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。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）	
申請者住所 〒		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。
- (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。

直方市長 殿

誓 約 書

私が申請した介護保険負担限度額認定申請書の内容について誤りがないことを誓います。

なお、申請に基づき、介護保険負担限度額認定を受けることとなった後、預貯金、有価証券、現金等の資産があると判明した際には、ただちに申告し、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づいて直方市より返還決定された金額を遅滞なく返還することを誓約します。

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（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、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

代行手続 続 き し た 方 窓 口 に 来 た 方 又 は	氏名	続 柄 （ ）
	住所	電話番号