

「介護保険負担限度額認定申請書」の記載例及び注意事項

表面

(表)
介護保険負担限度額認定申請書

令和 3 年 7 月 1 日

(あて先) 北茨城市長

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。

フリガナ	キタイバラキ タロウ		保険者番号	0	8	2	1	5	6			
被保険者氏名	北茨城 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	1	1	1	1	
			個人番号	1	2	3	4	1	2	3	4	1
生年月日	S 10 年 10 月 10 日			性別	♂		・ 女					
住所	〒319-1592											
	北茨城市磯原町磯原1630		電話番号 (0293) 43-1111									
現在入所している 介護保険施設 (入所されていない場合は記入不要です)	名称	特別養護老人ホーム 北茨城										
	所在地	北茨城市磯原町磯原1111										
	入所年月日	令和 3 年 4 月 1 日										

配偶者の有無	⑥		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	個人番号	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	生年月日	S 11 年 11 月 11 日	
	フリガナ	キタイバラキ ハナコ														
	配偶者の氏名	北茨城 花子		市町村民税課税状況	課税		・ 非課税									
	配偶者の住所 (被保険者と同居の場合は記入不要)	〒														
	電話番号	〒														

申請者	氏名	北茨城 一郎		被保険者との関係	(長男)	
	住所	〒319-1592		電話番号 (090) 1111-1111		

※申請者が被保険者本人の場合には記入不要です。

●裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

市記入欄	交付年月日	備 考						別世帯配偶者の市町村民税課税状況
	令和 年 月 日	世帯全員市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税				<input type="checkbox"/> 非課税	
		高齢福祉年金	<input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし	
	適用年月日	生活保護	<input type="checkbox"/> あり				<input type="checkbox"/> なし	
	令和 年 月 日	所得等	この欄は記入しないでください!		120万円以下		<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
	有効期限	預貯金等(配偶者無)	<input type="checkbox"/> 650万円以下	<input type="checkbox"/> 550万円以下	<input type="checkbox"/> 500万円以下	判定		
令和 年 月 日	※第2号被保険者	<input type="checkbox"/> 650万円超	<input type="checkbox"/> 550万円超	<input type="checkbox"/> 500万円超				
令和 年 月 日	預貯金等(配偶者有)	<input type="checkbox"/> 1,000万円以下	<input type="checkbox"/> 1,000万円超			1・2・3①・3②		
令和 年 月 日	※第2号被保険者	<input type="checkbox"/> 1,650万円以下	<input type="checkbox"/> 1,550万円以下	<input type="checkbox"/> 1,500万円以下				
		<input type="checkbox"/> 1,650万円超	<input type="checkbox"/> 1,550万円超	<input type="checkbox"/> 1,500万円超				
		<input type="checkbox"/> 2,000万円以下	<input type="checkbox"/> 2,000万円超			非該当		

- 被保険者の方の氏名と被保険者証に記載されている住所・被保険者番号、及び個人番号(マイナンバー)等を記入してください。成年後見人の方が本人に代わって申請する場合は、成年後見人の氏名等を記入してください。
 - 特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所されている方は、入所先の施設名・所在地・入所年月日を記入してください。ショートステイを利用の場合は記入不要です。
- ※ 被保険者番号とは、健康保険証の番号ではなく、介護保険被保険者証の番号になります。
- ※ 被保険者番号、個人番号(マイナンバー)の記入が難しい場合は、空欄のままご提出ください。

◆ 配偶者に関する事項

- 配偶者がいる場合は「有」に○をつけ、配偶者の氏名、生年月日、配偶者の市町村民税の課税状況等を記入してください。配偶者がいない場合は「無」に○をつけてください。その場合、配偶者の氏名等の記入は不要です。
- ※ 配偶者の有無は、決定に必要な情報ですので必ず記入してください。
- 配偶者に含まれるもの
婚姻届を提出していない事実婚
長期の別居や事実上離婚状態にある場合も配偶者に含まれます。
 - 配偶者に含まれないもの
DV防止法における配偶者からの暴力があった場合
行方不明の場合
- ※ 本人が市町村民税非課税世帯に属している場合でも、配偶者が課税されている場合は、負担限度額の適用を受けることができません。

- ご本人以外の方(家族やケアマネジャー等)が提出される場合には、提出者の氏名、住所、ご本人との関係、連絡先等を記入してください。

- ※ 記入時は、油性ボールペンを使用し、水性ボールペンや消えるボールペンは使用しないでください。
- ※ 生活保護を受給中の方は、裏面の「預貯金等に関する申告」、「同意書」の記入は不要です。

※裏面もあります

裏 面

(裏)

介護保険受給者／市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者

収入等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	2 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。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small> ※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。	受給している全ての年金の保険者に〇して下さい			
	<input type="checkbox"/>	3-① 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額と【遺族年金(※)・障害年金]収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。		日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	3-② 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。				
預貯金額等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計額が1の方は1,000万円(夫婦2,000万円)、2の方は650万円(夫婦1,650万円)、3-①の方は550万円(夫婦1,550万円)、3-②の方は500万円(夫婦1,500万円)以下です。(第2号被保険者の方は1,000万円(夫婦2,000万円)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	1,234,567円	有価証券 (評価概算額)	0円	その他 (現金・負債を含む)	(現金)※ 50,000円 ※内容を記入して下さい

【注意事項】

- (1) 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、その全てを記入してください。
- (2) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (3) 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。

【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。
 - ・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名、支店名、名義、最終残高(2箇月前まで)の分かる部分)
 - ・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
 - ・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借書など

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、官公庁、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関に対して、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照会すること及び私の当該申請に対する決定事項について居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、北茨城市が情報を提供することに同意します。

令和3年7月1日

<本人>

住所 北茨城市磯原町磯原1630 代筆者
氏名 北茨城 太郎 北茨城 一郎 (長男)

<配偶者>

住所 北茨城市磯原町磯原1630 代筆者
氏名 北茨城 花子 北茨城 一郎 (長男)

◆ 収入等に関する事項

- ⑤ 平成28年8月からは非課税年金(遺族年金や障害年金)も判定の対象となります。該当する項目(非課税年金の種類や受給している年金保険者名にチェックしてください)。
※年金の種類等ご不明な場合は、未記入のままご提出いただいて構いません。

◆ 預貯金等に関する事項

- ⑥ **預貯金等の資産状況について記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者に係る預貯金等についても記入してください。**(夫婦以外の世帯員に係る資産については記入不要です。)
記入欄が足りない場合は、余白か、別紙に記入のうえ添付してください。
※ **預貯金等の合計額(負債額は差し引きます。)**が、厚生労働省令で定める基準額を超える場合は、負担限度額の適用を受けることができません。
- ⑦ 預貯金等の資産状況については、その金額が確認できる書類を必ず添付してください。申告が必要な資産と添付が必要な書類については、以下のとおりです。

申告が必要な資産	添付が必要な書類
預貯金(普通・定期)	通帳の写し(インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
金・銀(積立購入を含む)などの購入先の口座残高によって時価評価額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(ウェブサイトの写しも可)
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
タンス預金(現金)	不要(自己申告)
負債(借入金・住宅ローンなど)	借書証など
申告が不要な資産	
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)	

- ⑦ 本人が署名してください。(本人が署名できない場合は、代筆である旨を記入し、代筆者の氏名・続柄を追記してください。)

(代筆例) ○○ ○○ 代筆者 △△ △△ (妻)

配偶者が有の場合は、預貯金等の有無に関わらず配偶者も署名してください。