

## 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 舞鶴市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

|                   |                                                                                          |                                                 |                         |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| フリガナ              | マイヅル タロウ                                                                                 | 被保険者番号                                          | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6     |
| 被保険者氏名            | 舞鶴 太郎                                                                                    | 個人番号                                            | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |
| 生年月日              | 大正・昭和 5 年 5 月 5 日                                                                        | 性別                                              | 男 女                     |
| 住 所               | 〒625-8555<br>舞鶴市字北吸1044番地<br>電話番号: 0773-62-2300                                          |                                                 |                         |
| 申請目的              | <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設入所(院) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)利用 |                                                 |                         |
| 介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒625-8555<br>舞鶴市字北吸××番地 特別養護老人ホーム○○荘<br>電話番号:                                            |                                                 |                         |
| 入所(院)年月日(※)       | 平成・令和 3 年 3 月 3 日                                                                        | (※)介護保険施設に入所(院)し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。 |                         |

マイナンバーが不明の場合は空欄でご提出ください。

ショートステイを利用の場合は記入不要です。

配偶者が「有」の場合は必ず「配偶者に関する事項」の欄にご記入をお願いします。マイナンバーが不明の場合は空欄でご提出ください。

|           |          |                                                 |        |
|-----------|----------|-------------------------------------------------|--------|
| 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     | マイヅル ハナコ                                        | 個人番号   |
|           | 氏 名      | 舞鶴 花子                                           | 生年月日   |
|           | 住 所      | 〒625-8555<br>舞鶴市字北吸1044番地<br>電話番号: 0773-62-2300 |        |
|           | の住所(現住所) | 市民税課税状況                                         | 課税 非課税 |

※「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。

|            |                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                         |        |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------|--------|
| 収入等に関する申告  | <input type="checkbox"/> ①生活保護受給者又は②世帯全員が市民税非課税である高齢福祉年金受給者です。                                                                                                                                                           |             |                                                         |        |
|            | <input checked="" type="checkbox"/> ③世帯全員が市民税非課税である者であって、課税年金収入額、非課税年金収入額及び公的年金等に係る所得金額を差し引いた合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。                                                                                                    |             |                                                         |        |
|            | <input type="checkbox"/> ④世帯全員が市民税非課税である者であって、課税年金収入額、非課税年金収入額及び公的年金等に係る所得金額を差し引いた合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。                                                                                                      |             |                                                         |        |
|            | <input type="checkbox"/> ⑤世帯全員が市民税非課税である者であって、課税年金収入額、非課税年金収入額及び公的年金等に係る所得金額を差し引いた合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。                                                                                                               |             |                                                         |        |
| 非課税年金受給状況  | 【受給している年金を○で囲んでください】<br>貴族年金 障害年金                                                                                                                                                                                        |             | 【受給している年金の保険者を○で囲んでください】<br>日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 |        |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が次の金額以下です。<br>第1号被保険者で②の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の場合は650万円(夫婦は1,650万円)、④の場合は550万円(夫婦は1,550万円)、⑤の場合は500万円(夫婦は1,500万円)<br>第2号被保険者(40歳以上64歳以下)で③～⑤の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円) |             |                                                         |        |
|            | 預貯金額                                                                                                                                                                                                                     | 有価証券(評価概算額) | その他(現金・負債を含む)                                           | 内容(合計) |
|            | 1,234,567 円                                                                                                                                                                                                              |             |                                                         |        |

非課税年金を受給している方は、年金の種類と年金の保険者を○で囲んでください。

複数保有している場合、配偶者がいる場合は、合計金額を記入し、それぞれの通帳の写しをすべて添付してください。

申請は本人以外でも可能です。(親族、成年後見人、施設職員など)。

日中に連絡のとれる電話番号(携帯電話など)をご記入ください。

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。

住所 舞鶴市字北吸1044番地 本人との関係 ( 長男 )

申請者 舞鶴 一郎 連絡先 090 - 9999 - 9999

※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。

※裏面は記入不要です。

※同意書(別紙)もご記入のうえ、必ずご提出ください。

(本人と配偶者(有の場合)について、ご記入が必要です)

※本人および配偶者の預貯金等の資産の確認書類(通帳のコピーなど)を添付していただく必要があります。

詳細については、「介護保険負担限度額認定証の更新について」をご確認ください。