

記入例

年 月 日

(宛先)

不明な場合は記入不要です

負担限度額認定の申請をします。

次のとおり関係書類を添えて

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|------|--|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | マツモト タロウ | | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 被保険者氏名 | 松本 太郎 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 4 | | |
| 生年月日 | 昭和20年 1月 1日 | | 記載されている住所地と現住所が違う場合は、二重線で訂正の上余白に記入してください | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒390-1401 松本市田辺4417-1 介護老人福祉施設まつもと | | 電話番号 34-3213 | | | | | | | | | | | | |
| 世帯課税状況 | 市町村民税 | 課税世帯 | 非課税世帯 | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設名称 (利用予定含む。) | 介護老人福祉施設 まつもと | | 入所等年月日 | 令和6年4月1日 | | | | | | | | | | | |

課税世帯の場合は認定対象外です。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|------|------------------------|---|----------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無 | 有 | | 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 | フリガナ | マツモト ハナコ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 松本 花子 | | 生年月日 | 昭和23年2月1日 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒390-0873 松本市丸の内3-7 | | 被保険者と同一住所の場合は「同上」でも可 | | | | | | | | | | | | |
| | 課税状況 | 市町村民税 | 課税 | 非課税 | | | | | | | | | | | | |

世帯分離している配偶者及び内縁関係の者も配偶者として記入してください。

| 収入等の要件について、あてはまるものに○をしてください | 所得要件 (1 受給している年金に○をしてください。) | 預貯金等の資産要件 2 |
|--------------------------------|--|----------------------------------|
| 収入等に関する申告 (該当する段階に○をしてください) | 給付者 市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | 要件なし 単身 1,000万円 夫婦 2,000万円 |
| | 2 課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金・障害年金〕収入額の合計額が年額82万6,500円以下 | 単身 650万円 夫婦 1,650万円 |
| | 3-1 課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金・障害年金〕収入額の合計額が年額82万6,500円を超え、120万円以下 | 単身 550万円 夫婦 1,550万円 |
| | 3-2 課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金・障害年金〕収入額の合計額が年額120万円超 | 単身 500万円 夫婦 1,500万円 |

1 遺族年金には、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。

2 2号被保険者(40~64歳以下)の方の預貯金等の資産要件は、単身1,000万円、夫婦2,000万円です。

| 預貯金等に関する申告 | 預貯金額 (定期含む。) | 有価証券 (評価概算額) | その他 (現金等) | 出資金 |
|------------|-----------------|-----------------|--------------|-----|
| 被保険者 | | | | 円 |
| 配偶者 | | | | 円 |

本人、配偶者それぞれの預貯金等の金額を記入してください

申請者が本人の場合は、下記については記入不要です。

| | | | |
|-------|------------------------|------------------------------|---------------|
| 申請者名 | 松本 三郎 | 日中連絡のつく 連絡先 | 090-1234-5678 |
| 申請者住所 | 〒390-0873 松本市丸の内3-7 | この申請について問い合わせ可能な連絡先を記入してください | |

裏面の同意書も記入してください

同意書

(宛先)松本市長

松本市長が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。)に対し、私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況並びに保有する預貯金及び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、松本市長の報告の要求に対し、銀行等が報告するに当たり、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。

年 月 日

申請日を記入してください

【被保険者】 住民票の住所地 松本市波田4417-1 介護老人福祉施設まつもと

氏名 松本 太郎

【配偶者】 住民票の住所地 松本市丸の内3-7

氏名 松本 花子

配偶者がいる方は、配偶者の同意も必要です。

注意事項

- 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。
- 預貯金等については、通帳等を複数所有している場合はその全てを記入し、写しを添付してください
- 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。
- 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(以下は記入しないでください。)

| | |
|--------------|-------|
| 認定日 | 年 月 日 |
| 交付日 (発送日) | 年 月 日 |

| 受付 | 審査 | 入力 | 係長 | 課長 |
|----|----|----|----|----|
| | | | | |

預貯金等合計

円

| 承認 有効期間 年月日 ~ 年月日 | 第1段階 | 生活保護受給 老齢福祉年金受給 | 単身 1,000万円 夫婦 2,000万円 |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| | 第2段階 | 年金収入額 + 合計所得金額 82万6,500円以下 | 単身 650万円 夫婦 1,650万円 |
| | 第3段階 | 年金収入額 + 合計所得金額 82万6,500円超 120万円以下 | 単身 550万円 夫婦 1,550万円 |
| | 第3段階 | 年金収入額 + 合計所得金額 120万円超 | 単身 500万円 夫婦 1,500万円 |
| | 段階を記入 | 2号被保険者 | 単身 1,000万円 夫婦 2,000万円 |
| 却下 | 課税による(本人・配偶者・世帯員) | | |
| | 預貯金基準額超過 | | |