

介護保険負担限度額認定申請書

新規 更新 再申請

記入例

令和6年 〇月 〇日

会津若松市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

フリガナ	ワカマツ タロウ		保険者番号	072025
被保険者氏名	若松 太郎		被保険者番号	0123456789
			個人番号	123456789101
生年月日	昭和10年 1月 1日生			
住所	〒 965-0871 会津若松市栄町3-50		電話番号	0242(39) 1242
申請者氏名 (本人以外の場合)	若松 次郎 (続柄 長男)	電話番号	0242-39-1111	
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設			
介護保険施設の所在地及び名称	会津若松市栄町3-50 特別養護老人ホーム ほたる苑 電話番号 0242(39) 1242 ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。			
入所年月日	令和6年 〇月 〇日 ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。			
配偶者 ※右欄において「無」の場合は記入不要です	必ずどちらかに○をつけて下さい。	配偶者(事実婚を含む)の有無	(有)・無	市町村民税課税状況
	フリガナ	ワカマツ ハルコ		配偶者がいる場合は、必ずどちらかに○をつけて
	氏名	若松 春子		
	生年月日	昭和10年 3月 31日	個人番号	159632014781
	住所	〒 965-8601 会津若松市東栄町5-17		電話番号 0242-39-1113
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) 現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。			
収入について	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者		
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって課税年金収入と合計所得金額と【 <input type="checkbox"/> 遺族・ <input type="checkbox"/> 障害】 該当する年金がある場合は✓を入れてください。		
	<input checked="" type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって課税年金収入と合計所得金額と【 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族・ <input type="checkbox"/> 障害】年金収入額の合計額が年間80万円を超え120万円以下です。		
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって課税年金 各収入段階で資産の対象上限額が異なりますのでご確認の上、要件を満たしている場合は✓を入れてください。 年間120万円を超えます。 ・遺児年金を含みます。		
資産について	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の合計額が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は、650万円(夫婦は1,650万円)、③の方は550万円(夫婦は1,550万円)、④の方は500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。			
	預貯金額	① 1,581,257 円	有価証券・信託	② 1,000,000 円
			その他(現金・負債を含む)	③ 46,000 円
※資産については、裏面申告書に記載の上、預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。 ※上記に記載した金額については、裏面の資産申告額の各項目の合計と同額となるように記載してください。				

【注意】1.この申告書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁
2.年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する

裏面の金額をご記入ください。

市 記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 同意書(押印の確認を含む) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し(裏面記載分全て) <input type="checkbox"/> 税証明(他市町村に居住している配偶者)		備考	大
判定結果	<input type="checkbox"/> 該当 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 非			
ここには記入しないでください。				受付
給付制限	年月日 ~ 年月日 年月日 ~ 年月日		遺・障	有・無
本人()	配偶者課税状況	資産状況		
課税・非課税	課税・非課税	合計()	該当・非該当	

裏面もご記入ください

収入等申告書

記入例

1 預貯金額

番号	預貯金先	対象	預貯金額	市確認
1	〇〇銀行 [若松 支店]	本・配	350,432 円	
2	△△銀行 [市役所 支店]	本・配	1,230,825 円	
3	[支店]	本・配	円	
4	お持ちの通帳、すべてご記入ください。			
5				
6	[支店]	本・配	円	
7	[支店]	本・配	円	
8	[支店]	本・配	円	
9	[支店]	本・配	円	
10	[支店]	本・配	円	
合計		①	1,581,257 円	

2 有価証券・信託

番号	種類	対象	評価概算額	市確認
1	●●● 証券	本・配	1,000,000 円	
2		本・配	円	
3	お持ちの証券等、すべてご記入ください。			
4				
5		本・配	円	
合計		②	1,000,000 円	

3 その他

番号	貸主	名目	対象	市確認
1	負債がある場合は、ご記入ください。 * 資産から差し引きます。			
2				
3				
4				
5				
現金等		被保険者 (本人)	12,000 円	
		配偶者	34,000 円	
合計		③	46,000 円	

注1) 配偶者が他の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注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。

書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。