

新規 更新

# 介護保険負担限度額認定申請書

受付印

熊本市長様

令和 年 月 日

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。

※以下、該当する□に✓を記入してください。

フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名				個人番号															
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日	電話番号	(	)	-											
住所																			
入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称	施設種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 短期入所(特養・老健・療養型) <input type="checkbox"/> 申請時未入所			施設住所														

配偶者に関する事項	配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※「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。																	
	フリガナ				個人番号															
	氏名				生年月日															
	市民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			電話番号	(	)	-												
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ																		
本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 同上																			

### <収入等及び預貯金等に関する申告欄>

わたしの世帯状況および、収入・資産状況は次のとおりです。なお、預貯金、有価証券にかかる資料は別添のとおりです。

段階	世帯・年金状況	※	収入状況	資産状況	預貯金額 (※通帳残額合計)	合計額
1	生活保護	<input type="checkbox"/>	生活保護受給	預貯金額等が1,000万円以下	円	
		<input type="checkbox"/>	老齢福祉年金受給	※配偶者有り(2,000万円以下)		
2	世帯全員非課税	<input type="checkbox"/>	被保険者本人年金収入等が80万円以下	預貯金額等が 650万円以下 ※配偶者有り(1,650万円以下)	有価証券 (※評価額概算額)	円
		<input type="checkbox"/>	被保険者本人年金収入等が80万円超120万円以下	預貯金額等が 550万円以下 ※配偶者有り(1,550万円以下)	その他 (※現金・負債を含む)	
3①	<input type="checkbox"/> 遺族年金有り <input type="checkbox"/> 障害年金有り	<input type="checkbox"/>	被保険者本人年金収入等が120万円超	預貯金額等が 500万円以下 ※配偶者有り(1,500万円以下)	円	円
3②		<input type="checkbox"/>	被保険者本人年金収入等が120万円超	預貯金額等が 500万円以下 ※配偶者有り(1,500万円以下)	円	

\*2号被保険者(65歳未満)の資格要件:段階に関わらず単身1,000万円、夫婦2,000万円以下

※裏面へつづく

提出者	氏名	<input type="checkbox"/> 以下、被保険者と同じ			電話番号	(	)	-
	住所				被保険者との関係(続柄)			

熊本市記入欄 ※申請者は記入しないでください。

交付年月日	令和 年 月 日	担当区	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西南 <input type="checkbox"/> 北	承認内容	<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階【食費 300円】該当
適用年月日	令和 年 月 日 から				<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階【食費 390円】該当
有効期限	令和 7年 7月 31日 まで				<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①【食費 650円】該当
受付	入力	発送			<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②【食費1360円】該当
備考	<input type="checkbox"/> 非該当				

<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、通帳の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (5) 利用者負担第4段階の特例減額申請の際は、要件を満たす添付書類が必要となります。

同意書

熊本市長 宛

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）並びに世帯全員の住民税課税状況について税務関係当局に、生活保護受給状況について福祉事務所に、私及び私の配偶者の保有する預貯金並びに有価証券等の残高について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、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まいります。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名