

介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書

令和 年 月 日

(申請先)

岐阜市長

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。
なお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。)の課税状況及び保有する預貯金並びに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、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構いません。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名			個人番号																	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日															
住所																				
	電話番号 ()																			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)																				
	電話番号 ()																			
入所(院)年月日 (※)	年	月	日	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。																

内容
確認

配偶者の有無	有	無	左記において「無」の場合、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		個人番号																	
	氏名			同居・別居の別	同居・別居															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	配偶者市民税	課税・非課税													
	住所																			
	電話番号 ()																			
本年1月1日現在 の住所(現住所と異なる 場合)																				

内容
確認

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。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		電話番号	

預貯金等の写し(配偶者有の場合は両名共)を添付してください。(※生活保護受給者を除く。)

裏面も記入してください

収入等及び 預貯金等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 預貯金及び有価証券等の合計金額が 1,000万円(夫婦で2,000万円) 以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税であって、 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80万円以下 です。(受給している年金に○して下さい) ※ 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。 預貯金及び有価証券等の合計金額が 650万円(夫婦で1,650万円) 以下です。 ※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦で2,000万円)以下です。以下同じ。			受給している全ての年金の保険者に○して下さい
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税であって、 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80万円超120万円以下 です。(受給している年金に○して下さい) 預貯金及び有価証券等の合計金額が 550万円(夫婦で1,550万円) 以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税であって、 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120万円を超えます 。(受給している年金に○して下さい) 預貯金及び有価証券等の合計金額が 500万円(夫婦で1,500万円) 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 別添のとおり	有価証券 (評価概算額)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 別添のとおり	その他 (現金・負債を含む)	円 <input type="text"/>

内容
確認

<記入はここまでです。>

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) 預貯金については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その**すべての通帳等の写し**を添付してください。
(「銀行名・支店・口座番号・名義」及び「申請日から2ヶ月以内に記帳された最終残高(年金受給者の方は年金支給額がわかるページを含む)」が確認できる部分の両方の写しが必要です。なお生活保護受給者は添付の必要はありません。)
- (3) この申請書に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。
- (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。

**添付いただいた通帳等の写しについては、負担限度額認定のみに利用し、目的外に利用しません。
また5年間の保管期間が経過した後、溶解又は焼却により廃棄いたします。**

預貯金等の範囲(資産性があり、換金性が高く、価格評価が容易なものが対象)

預貯金等に含まれるもの	添付資料(必要に応じて添付)
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)・投資信託	証券会社や銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
金・銀(積立購入を含む)など、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	購入先の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
現金(タンス預金等)	自己申告

※負債(借入金・住宅ローンなど)は、預貯金等から差し引いて計算します。(借用証書などで確認。価格評価は申請日の直近2か月以内の写しを添付して下さい。なお預貯金等が一定額以下の場合、負債の申告は不要です。)

※生命保険、自動車、腕時計、宝石など時価評価額の把握が難しい貴金属等及び絵画、骨董品、家財などは預貯金等に含まれません。

※市処理欄

預貯金額	有価証券	その他(現金・負債等)	円	円	円
申請について以下のとおり決定してよろしいか。			備考	受付	確認
決定区分	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 生活保護 適用開始 年 月 日 <input type="checkbox"/> 境界層該当 適用開始 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 世帯非課税+合計 所得等80万円以下 <input type="checkbox"/> 境界層該当 適用開始 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 世帯非課税+合計 所得等80万円超 120万円以下 <input type="checkbox"/> 境界層該当 適用開始 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 世帯非課税+合計 所得等120万円超 <input type="checkbox"/> 特例減額措置	<input type="checkbox"/> 非該当(第4段階) <input type="checkbox"/> 本人課税 <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 同一世帯員課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等限度額超過
	交付年月日	年 月 日	年 月 日	起案	課長
適用年月日	年 月 日	年 月 日	日	決裁	