

介護保険負担限度額認定申請書

新規	更新
----	----

年 月 日

(宛先) 沼津市長

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。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	個人番号	提供難
住所	〒	電話番号	
入所(院)した介護保険 施設の住所及び名称※	〒	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。	

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 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒	課税状況 (市町村民税)	課税 ・ 非課税
	個人番号		個人番号	提供難
	電話番号	〒		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒		

段階	収入等に関する要件		預貯金等に関する要件※3	
①	生活保護受給者の方 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者の方	⇒	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000万円（配偶者がいる場合2,000万円）以下です。	<input type="checkbox"/>
②	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額※1、非課税年金収入額※2、及びその他の 合計所得金額の合計額が80万円以下の方	⇒	預貯金、有価証券等の金額の合計が 650万円（配偶者がいる場合1,650万円）以下です。	<input type="checkbox"/>
③-1	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額※1、非課税年金収入額※2、及びその他の 合計所得金額の合計額が80万円超120万円以下の方	⇒	預貯金、有価証券等の金額の合計が 550万円（配偶者がいる場合1,550万円）以下です。	<input type="checkbox"/>
③-2	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額※1、非課税年金収入額※2、及びその他の 合計所得金額の合計額が120万円超の方	⇒	預貯金、有価証券等の金額の合計が 500万円（配偶者がいる場合1,500万円）以下です。	<input type="checkbox"/>

預貯金等に関する申告	預貯金額 (通帳の残高)	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	円
------------	-----------------	---	-----------------	---	-----------------	---

※1 公的年金等の収入額

※2 遺族年金、障害年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金等の収入額

※3 令和3年8月1日より、負担限度額認定の要件が変更となります。年金収入等により区分された段階ごとに、基準となる預貯金額が異なります。該当する段階に定められた預貯金額を超過している場合、本制度の対象外となりますのでご注意ください。

記入された方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。

記入された方の氏名	電話番号（自宅・携帯・勤務先）
記入された方の住所 〒	本人との関係

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、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 預金通帳の写しは「名義記載ページ」と「最終残高が確認できるページ（申請日から2ヶ月前までのもの）」を添付してください。配偶者がいる場合は、配偶者のものも含みます。
- (4) 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。
- (5) 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。

裏面も必ずお読みいただき、同意書に署名をお願いいたします。

(注意) 平成27年度の介護保険制度改正で、施設入所の方と在宅で生活する方との公平性を更に高めるため、食費・部屋代については、一定額以上の預貯金等の資産をお持ちの方等にはご自身でご負担いただくようになりました。そのため添付書類として通帳のコピー等が必要となるほか、金融機関等への照会について、ご本人及び配偶者の方の同意書の提出が必要となりました。**同意書に署名がない場合は、申請書を受け付けできません。**その場合は本市から返送し、署名のうえ、再度提出いただくことになり、認定が遅れる場合がありますので、十分確認し提出してください。

同意書

(宛先) 沼津市長

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、非課税年金情報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、沼津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。

年 月 日

<本人> 住所

氏名

<配偶者> * 配偶者がいる場合

住所

氏名

申請書を提出する前にもう一度ご確認ください。

- 配偶者の有無は記入しましたか？
- 配偶者のいる方は、配偶者に関する事項を記入しましたか？
- 預貯金などに関する申告は記入しましたか？
- 申告した預貯金等の内容が確認できる書類を添付しましたか？
(配偶者がいる方は、夫婦2人分)
- 添付書類を申請書にホッチキスで止めましたか？

※個人番号の記載が難しく申請書表面の個人番号が未記入の場合は「提供難」の欄を○で囲んでください。(配偶者がいる方は2箇所)

<保険者記入欄>

交付年月日	年 月 日	承認	被保護者	第一段階	非該当	本人	個人番号確認	通知カード・番号カード・住民票・()
適用年月日	年 月 日		高齢福祉年金	第一段階		同一世帯	申請者身元確認1点	免許証・個人番号カード・パスポート・()
有効期限	年 月 日	認定申請中	80万円以下	第二段階	資産超過	別居配偶者	申請者身元確認2点	医療保険証・介護保険証・負担割合証・()
認定申請中			80万円越え	第三段階		代理権確認	委任状・介護保険証・医療保険証・()	
税照会中								