

介護保険負担限度額認定申請書

様式第25号（第18条関係）

（宛先） 室蘭市長

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。

フリガナ			保険者番号												
被保険者氏名			被保険者番号												
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女											
個人番号															
住所	(郵便番号干 -)														
	連絡先														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	(郵便番号干 -)														
	連絡先														
入所(院)年月日(※)	昭・平・令	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	明・大・昭・平	年 月 日											
	個人番号													
	住所													
		連絡先												
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)													
課税状況	市町村民税	課税	・										非課税	

収入等および預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ・ 課税年金収入額とその他合計所得金額と【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。(受給年金に〇して下さい) ※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、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ・ 課税年金収入額とその他合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超え120万円以下です。(受給年金に〇して下さい) ・ 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ・ 課税年金収入額とその他合計所得金額と【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。(受給年金に〇して下さい) ・ 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。												
	預貯金額		円	有価証券(評価概算額)		円	その他(現金・負債を含む)	() ※	円					

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり

※内容を記入してください。

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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所(郵便番号干 -)	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保有している場合は、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) 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。

同意書

室蘭市長 殿

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、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構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 室蘭市長

令和3年 8月 1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。

フリガナ	ムロラン タロウ		保険者番号										
被保険者氏名	室蘭 太郎		被保険者番号					5	5	5	5	5	
生年月日	明・大・昭	△年 ×月 ○日	性別	男・女									
個人番号	1111 2222 9999												
住所	(郵便番号〒051-8511) 室蘭市幸町〇〇番×号 連絡先 0143-22-1111												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	(郵便番号〒051-0035) 特別養護老人ホーム エトモハイツ 連絡先 0143-27-0000												
入所(院)年月日(※)	昭・平・令	2年 12月 12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。									
フリガナ	ムロラン ハナコ											
氏名	室蘭 花子											
生年月日	明・大・昭・平	××年 ○○月 △△日										
個人番号	9999 9999 9999											
住所	室蘭市幸町〇〇番×号 連絡先0143-22-1111											
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)												
課税状況	市町村民税	課税・非課税										

遺族年金・障害年金を受給している場合は、受給年金している年金に○をしてください。

収入等および預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ・課税年金収入額とその他合計所得金額と【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、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ・課税年金収入額とその他合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超え120万円以下です。(受給年金に○して下さい) ・預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ・課税年金収入額とその他合計所得金額と【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。(受給年金に○して下さい) ・預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。										
預貯金額	2,000,000円	有価証券(評価概算額)	500,000円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※	1,000,000円						
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり												

※内容を記入してください。

申請者が被保険者等でない場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	室蘭 一郎		連絡先	0143-XXXX-XXXX									
申請者住所(郵便番号〒051-0022)	室蘭市海岸町〇-×-△		本人との関係	長男									

通帳等の写しを添付してください。

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、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、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。