

# 介護保険負担限度額認定申請書

新規 更新 再申請 **消せるペンでの記入はしないでください**

大牟田市長あて

令和 3年 6月 1日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写し等）を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

本人に関する事項	フリガナ	オオムタ タロウ		マイナンバー 大牟田市											
	被保険者氏名(本人)	大牟田 太郎			被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	生年月日	明・大・ <b>昭</b>	3	年	4	月	1	日	性別	<b>男</b> ・女					
	住所	〒 836-8666			電話 ( 0944 ) 41 - 2683										
		福岡県大牟田市有明町〇丁目〇〇番地													
	世帯の課税状況	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税 非課税世帯			生活保護受給の有無		有 ・ <b>無</b>								
	(遺族・障害年金)	遺族年金※ 障害年金 受給している			※受給している全ての年金保険者に、○をしてください。										
		年金保険者への届出住所			現住所と同じ ・ その他の住所										
	(本人資産)	現金及び預貯金額	①	567,890	円	有価証券等(評価概算額)	②	12,345	円	その他(負債)	③	0			円
※資産については、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。															
施設利用	施設の利用開始年月日：令和 3年 6月 1日から <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 (特養、老健、介護療養型病床、医療院など) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 未定 介護保険施設の名称： 特別養護老人ホーム△△△														

配偶者に関する事項	配偶者の有無(事実婚含む)	<b>有</b> 無		※「有」の場合は以下の「配偶者に関する事項」を記載して下さい。												
	配偶者(事実婚含む)	フリガナ	オオムタ ハナコ		生年月日	明・大・ <b>昭</b>	4	年	5	月	1	日	生			
		配偶者氏名	大牟田 花子		個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	住所	〒 836-8666			電話 ( 0944 ) 41 - 2683											
		福岡県大牟田市有明町〇丁目〇〇番地														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ)	〒														
(配偶者資産)	現金及び預貯金額	①	456,789	円	有価証券等(評価概算額)	②	15,432	円	その他(負債)	③	0			円		
	※資産については、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。															

## 注意事項

- 市民税課税世帯の方は対象となりません。
- 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事実上の婚姻関係の者を含みます。
- 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを申告書に記入し、写しを添付してください。
- 虚偽の申請により不正に特定入居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。

**裏面も記入してください**

## 大牟田市記入欄

交付年月日	要介護認定	要介護・要支援・非該当・未	受付	
年 月 日	世帯の住民税の課税状況	非課税・課税		
	配偶者の課税状況	非課税・課税		
	生活保護・高齢福祉年金受給の有無	未受給・受給		
適用年月日	65歳以上の人 (年金収入額+その他の合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下 → 資産650万円(夫婦1,650万円)以下	入力	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下 → 資産550万円(夫婦1,550万円)以下		
		<input type="checkbox"/> 年額120万円超 → 資産500万円(夫婦1,500万円)以下		
有効期限	生保・65歳未満の人	<input type="checkbox"/> 資産1,000万円(夫婦2,000万円)以下		
年 月 日	決定区分		【食費】 300・390・650・1360・非該当	照合
	承認	非承認	未(有・無) 履(有・無)	

# 照会同意書

大牟田市長 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、照会することに同意します。

また、当該照会について、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 3 年 6 月 1 日

【本人】 〒 836-8666  
住所 福岡県大牟田市有明町〇丁目〇〇番地  
氏名 大牟田 太郎

(代筆者) 〒 83△-△△△△  
住所 福岡県大牟田市△△町△丁目△△番地  
氏名 有明 町子  
(本人との関係 施設職員 )

【配偶者】 〒 836-8666  
住所 福岡県大牟田市有明町〇丁目〇〇番地  
氏名 大牟田 花子

(代筆者) 〒 83△-△△△△  
住所 福岡県大牟田市△△町△丁目△△番地  
氏名 有明 町子  
(配偶者との関係 施設職員 )

届出者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

フリガナ	アリアケ マチコ	連絡先（電話番号）	( 〇〇〇 ) 〇〇-〇〇〇〇
届出者 氏名	有明 町子	本人との関係	施設職員
住所	大牟田市△△町△丁目△△番地	事業所が 提出する場合 はその名称	特別養護老人ホーム△△△

成年後見人が申請される場合は、  
登記事項証明書、又は裁判所の  
決定書などの証明出来るものの  
写しを添付して下さい

## 申請に必要なもの

- 被保険者の本人確認書類（※）
  - 本人（及び配偶者）の個人番号（マイナンバー）を確認できる書類（お持ちの方のみ）
  - 申請に来られる方の本人確認書類（※）
  - 本人（及び配偶者）の預貯金等がわかるものの原本又は写し（預貯金通帳のコピー等）
- ※介護保険証・運転免許証・健康保険証・個人番号カード等

☑ 郵送で申請の場合は全て写しを添付して下さい。