

介護保険負担限度額認定申請書

消せるペンでの記入はしないでください

新規 更新 再申請

大牟田市長あて

令和 3年 4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。

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	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
生年月日	明・大(昭)3年4月1日		性別	(男) 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													
施設利用状況	利用開始年月日・・・(令和3年4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△△△ 所在地 大牟田市△△町△丁目△番地													
配偶者(事実婚含む)	配偶者の有無(事実婚含む)	(有) 無		市町村民税課税状況	課税・非課税・未定(更新申請時のみ)									
	フリガナ	オオムタ ハナコ		個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3									
	配偶者氏名	大牟田 花子		生年月日	明・大(昭)4年5月2日生									
	住所	〒 836-8666		電話	(0944) 41 - 2683									
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ)	〒												
(本人資産)	<input checked="" type="checkbox"/> 現金、預貯金、有価証券等の金額合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下													
	現金及び預貯金額	① 567,890 円	有価証券等(評価概算額)	② 123,456 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。														
(配偶者資産)	<input checked="" type="checkbox"/> 現金、預貯金、有価証券等の金額合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下													
	現金及び預貯金額	① 456,789 円	有価証券等(評価概算額)	② 154,321 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。														
(遺族・障害年金)	遺族年金※を受給		障害年金を受給	受給して() いない										
	※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む		※受給している全ての年金保険者に、○をしてください。 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済											
収入について	年金保険者への届出住所		現住所と同じ・その他の住所 ()											
	【該当する項目の番号に○で囲んでください】													
1. 市民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額、非課税年金額の合計額が年間80万円以下の方														
(2) 市民税世帯非課税者であって、1に該当しない方														
3. その他 ()														

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、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	
	合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額	80万円以下・80万円超	
適用年月日	生活保護・老齢福祉年金受給情報	受給・未受給	入力
年 月 日	配偶者の課税状況	非課税・課税	
	資産状況	該当・非該当	
有効期限	決定区分	【食費】300・390・650・非該当	照合
年 月 日	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 4 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。