

介護保険負担限度額認定申請書

新規 更新 再申請

大牟田市長あて

令和 年 月 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	大牟田市									
	被保険者氏名(本人)	被保険者番号		0	0	0	0				
		個人番号									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
	住所	〒 電話 () -									
	世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税 非課税世帯			生活保護受給の有無		有・無				
	(遺族・障害年金)	遺族年金※・障害年金・受給していない				※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					
		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	円	有価証券等(評価概算額)	②	円	その他(負債)	③	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。									
施設利用状況	施設の利用開始年月日：令和 年 月 日から <input 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：										

配偶者に関する事項	配偶者の有無(事実婚含む)	有・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。							
	フリガナ	生年月日		明・大・昭 年 月 日生							
		配偶者氏名		個人番号		市民税課税状況					課税・非課税
	住所	〒 電話 () -									
	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	円	有価証券等(評価概算額)	②	円	その他(負債)	③	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

- (1) 市民税課税世帯の方は対象となりません。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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	
	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	
有効期限	決定区分	【食費】 300・390・650・1360・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 年 月 日

【本人】 〒 住所 _____

氏名 _____

(代筆者) 〒 住所 _____

氏名 _____

(本人との関係)

【配偶者】 〒 住所 _____

氏名 _____

(代筆者) 〒 住所 _____

氏名 _____

(配偶者との関係)

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		連絡先（電話番号）	() -
届出者 氏名		本人との関係	
住所		事業所が 提出する場合 はその名称	

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。