

# 介護保険負担限度額認定申請書

裏面照会同意書も記入してください

新規 更新 再申請

大牟田市長あて

平成 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。

フリガナ	大牟田市			
被保険者氏名	被保険者番号	0	0	0
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男	女
住所	〒 電話 ( ) -			
申請者氏名 (本人以外の場合)	電話番号			
施設利用状況	利用開始年月日・・・(平成 年 月 日から) <input type="checkbox"/> 施設入所(特養、老健、介護療養型病床など) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 未定 介護保険施設の名称 電話 ( ) - 所在地			
配偶者(事実婚含む)について	配偶者の有無(事実婚含む)	有	無	市町村民税課税状況
	フリガナ			課税・非課税・未定(更新申請時のみ)
	配偶者氏名			生年月日
	住所	〒 電話 ( ) -		明・大・昭 年 月 日生
(本人資産)	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合のみ)	〒		
	<input 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 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。				
(配偶者資産)	<input 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 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。			
収入について	【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

- (1) 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。
- (2) 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	
	合計取得金額+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

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に私及び配偶者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。

年 月 日

<本人> 〒 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

<配偶者> 〒 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

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		事業所が提出する 場合は名称等を記入	
届出者 氏名		連絡先	
住所		本人との関係	