

《記載例》

介護保険 負担限度額認定申請書

みやま市 402297

フリガナ	ミヤマ クスタロウ		被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			
被保険者氏名	三山 楠太郎		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	9	8	
生年月日	明・大	昭 9 年 1 月 27 日	性別	男 ・ 女												
住所	みやま市山川町立山 1 2 7 8 番地												連絡先	0944-64-3100		
入所施設等に関する事項*	入所(院)年月日	平成 27 年 7 月 18 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、「入所施設等に関する事項」については、記入不要です。													
	施設の名称及び所在地	名称 特別養護老人ホーム オレンジライフ 所在地 みやま市山川町立山 1 2 7 8 番地												連絡先	0944-64-3100	
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	ミヤマ サクラ		性別	男 ・ 女											
	氏名	三山 サクラ		個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3
	生年月日	明・大	昭 13 年 8 月 11 日	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税											
	住所	<input type="checkbox"/> 本人に同じ ※被保険者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を記入 みやま市瀬高町小川 5 番地 連絡先 0944-64-1555														
本年1月1日現在の住所	* 現住所と異なる場合に記入してください。															
収入等・預貯金等に関する申告	別紙申告書のとおり															
みやま市長 あて 上記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。 令和 4 年 8 月 1 日 申請者 (本人) 氏名 三山 楠太郎 届出者 住所 みやま市高田町濃施 1 5 番地 氏名 三山 健一 申請者との関係 長男 連絡先 0944-64-2100																

※申請に関しては届出者にお問い合わせする場合があります。

【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) 配偶者がみやま市以外の市町村に居住している場合は、非課税を証明する書類を添付してください。
- (3) 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。



※みやま市記入欄

確認				審査				利用者負担段階						
<input type="checkbox"/> 同意書				本人世帯	課税	・	非課税							
<input type="checkbox"/> 収入等申告書	<input type="checkbox"/> 通帳等の写し			配偶者	課税	・	非課税							
<input type="checkbox"/> 税証明(他市に居住する配偶者)				資産	超過	・	範囲内							
				保険料滞納	有	・	無							
決定事項								適用期間						
承認する				承認しない				令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで						
決裁	課長	課長補佐	係長	係	算定基準日	令和 年 月 日								
					起案日	令和 年 月 日								
					決裁日	令和 年 月 日								
					入力日	令和 年 月 日								
					交付日	令和 年 月 日								

※記入しないでください

# 収入等申告書兼同意書

## 1 収入等に関する申告

	所得の状況	預貯金等の要件
<input type="checkbox"/>	生活保護等を受給している／ 市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金を受給しています。	預貯金等の金額の合計が 1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下)
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって (受給している年金に○してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入 額の合計が年額80万円以下です。	預貯金等の金額の合計が 650万円以下 (夫婦は1,650万円以下)
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって (受給している年金に○してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入 額の合計が年額80万円超120万円以下です。	預貯金等の金額の合計が 550万円以下 (夫婦は1,550万円以下)
<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって (受給している年金に○してください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・ <b>障害年金</b> 】収入 額の合計が年額120万円を超えます。	預貯金等の金額の合計が 500万円以下 (夫婦は1,500万円以下)

※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金は遺族年金に含みます。

## 2 預貯金等に関する申告 ※それぞれ保有する合計金額を記入し、その他には内容を記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は上記預貯金等の要件のとおりです。 ※ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり	
	被保険者	配偶者
預貯金額	2,431,527 円	3,456,954 円
有価証券 (評価概算額)	500,000 円	0 円
その他 (現金・負債を含む)	( )※ 0 円 ※内容を記入してください	( <b>タンス預金</b> )※ 150,000 円 ※内容を記入してください

以上、下記注意事項に留意し、申告します。

### 【注意事項】

- 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。  
※申請日の直近2ヶ月以内で、①銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分と、②最終の残高がわかる部分の写しが必要で。
- 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。

## 3 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、みやま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。

<本人 氏名> **三山 楠太郎**

<配偶者 氏名> **三山 サクラ**