

【介護保険負担限度額認定申請書の書き方】

(申請先) 佐賀県唐津市長 様

次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。

フリガナ	カラツ タロウ	被保険者番号	3 0 0	②
被保険者氏名	唐津 太郎	個人番号		
生年月日	明・大 昭 1年 1月 1日	性別	男	女
住所	唐津市西城内〇番〇号 連絡先 0955-〇〇-〇〇〇〇			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	唐津市〇〇町〇〇 〇〇番地一〇 (施設名称) 連絡先			
入所(院)年月日(※)	昭・平 〇〇年 〇月 〇〇日	(※) 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、記入不要です。		

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。
フリガナ	カラツ ハナコ		
氏名	唐津 花子		
生年月日	明・大 昭 2年 2月 2日	個人番号	
住所	唐津市西城内〇番〇号 連絡先		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			
課税状況	市町村民税	課税	非課税

収入等に關する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であつて、 【遺族年金・障害年金】 収入額の合計額が課税年金収入額と合計所得金額と(受給している年金に〇して下さい)年間総額80万円以下です。 <small>※遺族年金、かんき年金、母子年金、児童年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small> <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税であつて、 【遺族年金・障害年金】 収入額の合計額が課税年金収入額と合計所得金額と(受給している年金に〇して下さい)年間総額80万円を越えます。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small> <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 <small>※預貯金、有価証券にかかるとは別添の写しを添付してください。</small>						
預貯金等に關する申告	<table border="1"> <tr> <td>預貯金額</td> <td>円</td> <td>有価証券(印鑑簿類)</td> <td>円</td> <td>その他(現金・負債を含む)</td> <td>円</td> </tr> </table>	預貯金額	円	有価証券(印鑑簿類)	円	その他(現金・負債を含む)	円
預貯金額	円	有価証券(印鑑簿類)	円	その他(現金・負債を含む)	円		

申請者氏名	唐津 士郎	連絡先(自宅・勤務先)	090-〇〇〇
申請者住所	唐津市西城内〇番地〇〇 〇〇	本人との関係	子

- 申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。
- 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。
 - 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マoney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。

- 本人様の氏名・生年月日・住所を記入してください(住所変更をした場合の再申請は、変更後の住所を記入してください)
- 被保険者番号は介護保険者証に記載されている、300から始まる10桁の番号となります。個人番号はマイナンバーカードに記載されている12桁の番号を記入してください。
- 個人番号を記入されている場合でも申請時にマイナンバーカードの提示は必要となります。入所している施設の住所及び施設名を記入し、いつから入所しているかも入所(院)年月日に記入してください。
 ※ショートステイで利用されている場合は、③は空欄となります。
 ④被保険者本人に配偶者がいらっしゃる場合は、配偶者の氏名・生年月日・住所・配偶者の個人番号の記載が必要です(配偶者分についてはマイナンバーカードは必要ありません)。
 ⑤単身・申請時に配偶者が亡くなられている場合は、配偶者の有無は「無」と記入をお願いします
 ⑥被保険者本人が遺族年金・障害年金を受給されている場合は【遺族年金・障害年金】の欄に、受け取られている年金に〇をお願いします。受け取られていない場合は、【遺族年金・障害年金】を二重線で消してください(受給の有無のみで、受給金額の確認は必要ありません)。
 ⑦本人に代わって申請される方の氏名・住所・連絡先・本人との続柄を記入してください。連絡先については日中連絡のつきやすい電話番号(携帯番号可)の記入をお願いします。
 負担限度額認定証・決定通知の送付先について
 負担限度額認定証及び決定通知は、施設に入所している場合は入所施設へ、ショートステイ(③が空欄)で送付先変更の申請が出ていない場合は、本人住所へ簡易書留で送付することとなります。
 送付先を本人住所でなく施設に直接送ってほしい、また代理で申請した方の住所へ送ってほしいなど希望がある場合は、申請時にお伝えください。

(第31-1号様式)

同意書

佐賀県唐津市長 様

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、貴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。

〇〇年 〇月 〇日

<本人>

住所 唐津市西城内〇番〇号

氏名 唐津 太郎 印

<配偶者>

住所 唐津市西城内〇番〇号

氏名 唐津 花子 印