第３１号様式

介護保険負担限度額認定申請書

唐津市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定要件の確認 | 本人及び世帯員の  市町村民税の課税状況 | 1:本人(被保険者)が生活保護受給者／2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者  3:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収人額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。  4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下  5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の課税年金収入額と遺族年金(※)・障害年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人及び配偶者の 預貯金額 | 預貯金、有価証券等の金額の合計が2の方は1000万円(夫婦は2000万円)、3の方は650万円(同1650万円)、4の方は550万円(同1550万円)、5の方は500万円(同1500万円)以下 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、3～5の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の情報 | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者が現在 受けているサービス | 介護保険施設に入所(院)している  介護保険施設に入所(院)予定  ショートステイ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)している 介護保険施設の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の 所在地 | 郵便番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 提出代行者の情報 | 提出代行者の氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者との関係 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 事務所の名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所の種別 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の住所 | 郵便番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 配偶者の情報 | 配偶者の有無 | 有・無 | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 配偶者の氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の現住所 | 郵便番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の本年1月1日現在の住所  (現住所と異なる場合) | 郵便番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 預貯金等の情報 | 本人及び世帯全員の  市町村民税の課税状況 | 課税・非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の  市町村民税の課税状況 | 課税・非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の基礎年金番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金の種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の1年間の年金収入金額 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額 | 預貯金額 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 有価証券評価概算額 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| その他(負債等)額 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 配偶者の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額 | 預貯金額 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 有価証券評価概算額 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| その他(負債等)額 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

介護保険負担限度額認定申請書　**記入補足**

○提出代行者の情報欄について、ご家族が代理で申請される場合は、次のとおり記入  
する。

（１）提出代行者の氏名欄は、代理申請されるご家族の氏名を記入する。

（２）被保険者との関係欄については、被保険者からみた代理申請されるご家族との  
続柄を記入する。　　例：夫、妻、子　など

（３）事業所の住所及び事業所の電話番号については、申請者の住所及び申請者の電  
話番号と読み替えて、それぞれ記入する。

（１）～（３）以外の項目については、記入不要。