

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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)している <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所(院)予定 <input type="checkbox"/> 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。