

介護保険負担限度額認定申請書

7月記入欄
<input type="checkbox"/> 7月までの利用について、申請します。
<input type="checkbox"/> 8月以降の利用について、事前申請します。
<input type="checkbox"/> 7月までの利用と8月以降の利用、2つを同時に申請します。(※申請書2枚必要)

五所川原市長 殿

年 月 日

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		被保険者番号		0	0										
被保険者氏名		個人番号													
生年月日		明・大・昭 年 月 日		性別		男・女									
住所		〒 _____		電話番号											
介護保険施設	住所	〒 _____		※下記にチェック											
	名称	電話番号		<input type="checkbox"/> 入所（入院） <input type="checkbox"/> ショートステイ											
	入所（院）日	年 月 日		（※ショートステイの場合は、利用開始日を記入してください）											

配偶者（内縁関係の者）の有無		有・無（※「無」の場合は、以下の「配偶者（内縁関係の者）」に関する事項は記載不要）													
に配偶者（内縁関係の者含む）に関する事項	世帯	<input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯（市内在住） <input type="checkbox"/> 別世帯（市外在住）													
	フリガナ	個人番号													
	氏名														
	生年月日	明・大・昭 年 月 日													
	現住所	〒 _____		電話番号											
	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ														
本年1月1日現在の住所	※ 現住所と異なる場合は、ご記入ください。 〒 _____														

収入等に関する申告				預貯金認定要件	非課税年金保険者	
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	→	<input type="checkbox"/>	単身1,000万円 夫婦2,000万円 以下	非課税年金を受給している場合は、受給している全ての年金保険者に☑してください。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済	
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下。（受給している年金に○をしてください）	→	<input type="checkbox"/>	単身650万円 夫婦1,650万円 以下		
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下。（受給している年金に○をしてください）	→	<input type="checkbox"/>	単身550万円 夫婦1,550万円 以下		
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超える。（受給している年金に○をしてください）	→	<input type="checkbox"/>	単身500万円 夫婦1,500万円 以下		
預貯金等に関する申告（本人 及び 配偶者）	預貯金合計額※	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金等）	円

※ 「預貯金」：普通預金、定期預金、貯蓄預金、ネットバンク等

申請者氏名（自署の場合は押印不要）	(印)	本人との関係
申請者住所（記入者住所）	〒 _____	電話番号

※ 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。

保険者記入欄（審査結果）	該当	利用者負担段階 第 段階		非該当（事由）	低所得者以外、配偶者・家族 課税のため 預貯金等金額の基準額超過のため		
	預貯金等合計額	円		備考	生保受給者 / 境界層		
	課長	課長補佐	係長	係員		窓口	受付印

※裏面の注意事項をよく読んでいただき、同意書は必ずご記入お願いします。

(R5.3～使用様式)

同意書

五所川原市長 殿

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」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。

年 月 日

〈本人〉

住所 _____

氏名 _____

（自署 又は 代筆による署名）

〈配偶者〉

住所 _____

氏名 _____

（自署 又は 代筆による署名）

※以下は同意書を代筆する場合にご記入ください。

（事業者が代筆する場合は、親族及び成年後見人が存在しない場合に限り認めます。）

私、氏名： _____（続柄： 配偶者 子 その他 _____）
（代筆者の署名）

は、本人 配偶者 の署名を代筆します。

※注意事項

- (1) 同意書は原則、ご本人の自署ですが、署名を代行する場合は、本人・配偶者氏名を署名し、署名を代行した者の氏名、続柄を記入してください。（必ずボールペンでご記入ください。）
- (2) 預貯金等については、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。（普通預金、定期預金、貯蓄預金、ネットバンク等）
- (3) 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。
- (4) 認定された場合、適用年月日は、申請日が属する月の初日からとなります。申請日は市介護福祉課で受理した日となります。申請日の属する月より前に遡って減額認定されることはありません。
- (5) 書ききれない場合は、余白へ記入または別紙に記入の上添付してください。

同意書

五所川原市長 殿

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」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報告させていただきます。

生活保護・境界層の方は記入不要です。通帳添付も必要ありません。

令和 5年 8月10日

〈本人〉

住所 五所川原市岩木町12

氏名 五所 太郎

(自署 又は 代筆による署名)

パソコン、ゴム印等による記名は無効です。必ずボールペンでご記入ください。

〈配偶者〉

住所 青森市青森町〇番地

氏名 五所 花子

(自署 又は 代筆による署名)

パソコン、ゴム印等による記名は無効です。必ずボールペンでご記入ください。

※以下は同意書を代筆する場合にご記入ください。

(事業者が代筆する場合は、親族及び成年後見人が存在しない場合に限り認めます。)

私、氏名： 五所 りん (続柄： 配偶者 子 その他)
(代筆者の署名)

は、本人 配偶者 の署名を代筆します。

パソコン、ゴム印等による記名は無効です。必ずボールペンでご記入ください。

※代筆した人にも、チェックを入れてください。

※重要

(2) 預貯金等については、預貯金等を複数保有している場合は、

添付してください。(普通預金、定期預金、貯蓄預金、)

(3) 申請書における「配偶者」については、世帯分離をして

(4) 認定された場合、適用年月日は、申請日が属する月の初日

で受理した日となります。申請日の属する月より前に遡つ

(5) 書ききれない場合は、余白へ記入または別紙に記入の上添付してください。

①本人②配偶者③親族のいずれも身体的な理由(認知症・身体麻痺等)により署名できない場合のみ、事業者が代筆・捺印できます。

①>②>③の順で優先されます。