

(表面)
介護保険負担限度額認定申請書(令和7年度分)

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	年 月 日									
住所	〒 _____ 電話番号 () _____									
サービスの種類	1 老人福祉施設(特養) 2 老人保健施設 3 短期入所生活介護(介護予防を含む。) 4 短期入所療養介護(介護予防を含む。) 5 地域密着型介護老人福祉施設 6 介護医療院									
介護保険施設の所在地及び名称										
入所(院)年月日	年 月 日 ※施設に入所(院)していない場合には、記入は不要です。									

配偶者の有無	有 ・ 無 ※「無」の場合には、以下「配偶者に関する事項」の欄の記入は不要です。									
配偶者に関する事項	住民登録上の世帯	同一世帯 ・ 別世帯(市内在住) ・ 別世帯(市外在住)								
	フリガナ			生年月日	年 月 日					
	氏名				被保険者番号					
					個人番号					
	住所	〒 _____ 電話番号 () _____								
	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。								
市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税									

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	預貯金等の基準額	1,000万円(夫婦2,000万円)以下					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		650万円(夫婦1,650万円)以下 ^{※2}					
	<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【遺族年金 ^{※1} ・障害年金】(受給している年金に○をつけてください。)の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が、年額80万9千円以下です。 ※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。		※2 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は、預貯金等の基準額が1,000万円(夫婦2,000万円)以下となります。					
	<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【遺族年金 ^{※1} ・障害年金】(受給している年金に○をつけてください。)の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が、年額80万9千円を超え、120万円以下です。		550万円(夫婦1,550万円)以下 ^{※2}					
預貯金等に関する申告	<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【遺族年金 ^{※1} ・障害年金】(受給している年金に○をつけてください。)の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が、年額120万円を超えます。	預貯金等の基準額	500万円(夫婦1,500万円)以下 ^{※2}					
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、上記の預貯金等の基準額以下です。 ※ 預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり							
		預貯金額	円	有価証券等(評価概算額)	円	現金	円	負債	円

注1 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合には、その全てを記入してください。
 注2 虚偽の申告により不正に負担限度額認定証の交付を受け、特定入所者介護サービス費等を受けた場合には、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。
 注3 配偶者には、世帯分離している配偶者又は婚姻届を提出していない事実婚の者を含みます。

ひたちなか市長 殿

上記のとおり関係書類を添付して、食費及び居住(滞在)費に係る負担限度額認定の申請をします。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名 本人との関係

電話番号 () _____

送付先の変更希望欄

私は、私が入所している介護保険施設を経由して負担限度額認定証及び負担限度額認定決定通知書の交付を受けることを希望します。

市記入欄

号区分	要介護度	認定有効期間	決定日・入力日	発送日
1・2		年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日	年 月 日
負担段階・審査結果		適用期間		
該当 非該当		年 月 日 ~ 年 月 日		

(裏面)

同意書

ひたちなか市長 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、その他の機関（以下「銀行等」といいます。）に対して、私及び私の配偶者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、照会す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ることに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

※本人が自署できない場合は、記名押印してください。

<配偶者>

住所

氏名

※本人が自署できない場合は、記名押印してください。