介護保険負担限度額認定申請書記入例及び注意事項

申請書を市役所へ提出する日をご記入下さい。

介護保険負担限度額認定申請書

令和７年度

（表）

様式第23号の２

高知市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**令和** **○○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 | **カイゴ　タロウ** | 保険者番号 | ３９２０１９ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | **介護　太郎** | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | 昭和　**14**　年**１月５日** |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　 　　所 | **〒780-8571**  お手持ちの被保険者証，マイナンバーカード等をご確認のうえ，ご記入ください。  番号が不明の場合は記載がなくても受付できます。  忘れずに押印ください。（認めで可）  **高知市本町５丁目１－４５**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称　※１ | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  ※１ | 年　　月　　日 | ※１　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　※２ | | 有　　・　　無 | ※２　本人の夫又は妻に当たる方（世帯分離している夫若しくは妻又  　　は内縁関係の者を含む。）を記入してください。 | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項　※２ | フ リ ガ ナ | **カイゴ　ハナコ** | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　 名 | 住民票記載の住所地を  正確にご記入ください。  **介護　花子** | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 昭和　**15**　年**２月２日** | 個人番号 |  |  | 該当項目にチェックを  お願いします。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　 所 | **〒780-8571**  **高知市本町５丁目１－４５**電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　・　　　不明 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 非課税年金に  関する申告  預貯金等の合計金額について必ずご記入ください。 | □ | 受給している【　□　遺族年金※３ ・　□　障害年金　】  受給している全ての年金の保険者に☑してください。  【□日本年金機構　□地方公務員共済　□国家公務員共済　□私学共済】 | | | | | | | ※３　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。 | |
| □ | 受給していない | | | | | | |
| 収入等に関す  る申告 | 市町村民税世帯非課税者であって，課税年金収入額と非課税年金収入額と年金以外の合計所得金額（長期譲渡所得又は短期譲渡所得に係る特別控除額を控除した額）の合計額 | | | | | | | | | |
| □ | 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 | | | | □ | 年額80万9,000円超120万円以下  受給している非課税年金に  チェックをしてください。 | | | |
| □ | 年額80万9,000円以下 | | | | □ | 年額120万円超 | | | |
| 預貯金等に関  する申告  ※　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，有価証券等の金額の合計 | | | | | | | | | |
| □ | 1,000万円（夫婦：2,000万円）以下 | | | | □ | 550万円（夫婦：1,550万円）以下 | | | |
| □ | 650万円（夫婦：1,650万円）以下 | | | | □ | 500万円（夫婦：1,500万円）以下 | | | |
| 預貯金額 | | 合計  円 | 有価証券  （評価概算額） | 合計  円 | | | その他  （現金・負債を含む。） | | （　　　　 ）※４  合計  円 |

※４　内容を記入してください。

代行又は代理申請の場合は，こちらにご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 電話番号（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

注意事項

　⑴　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。

代行または代理申請をされる場合は，こちらにもご記入ください。

　⑵　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は，その全てを記入し，それぞれの金融機関について通帳等の写しを添付してください。

　⑶　内訳は，裏面に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

　⑷　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。

**裏面もご覧ください**

同意書

同意書記入例及び注意事項

高知市長　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，私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

同意書を記載した日

令和　７　年　６　月　10　日

　 ＜本人＞　 住所　　高知市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号

氏名　　高知　　太郎

　＜配偶者＞　住所　　高知市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号

氏名　　高知　　花子

※代筆の場合

　＜代筆者＞　住所　　高知市△△町〇〇丁目□□番地□□号

　　　　　　　氏名　　高知　　次郎

　　　　　　　本人との関係　　　長男

※＜代筆者＞欄について

＜本人＞欄又は＜配偶者＞欄もしくは両方の欄への記入を代筆された場合は，代筆された方の住所・氏名を記入してください。また，本人欄を配偶者が代筆される場合も，＜配偶者＞欄と＜代筆者＞欄の両方に記入をお願いします。