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。