

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 年 月 日  
成田市長  
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<br>被保険者氏名                       |        | 被保険者番号  |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |        | 個人番号    |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |        | 生 年 月 日 |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                  | 〒 電話番号 |         |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 〒 電話番号 |         |  |  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日<br>（※）                      | 年 月 日  |         |  |  |  | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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    | 有 ・ 無                      |           |  |  |  | 配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」<br>については、記入不要です。 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                       |           |  |  |  |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                        |           |  |  |  |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                       | 年 月 日     |  |  |  |                                               | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                        | 〒 電 話 番 号 |  |  |  |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在<br>の住所（現住所と異なる場合） | 〒 電 話 番 号 |  |  |  |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      | 市町村民税 課税 ・ 非課税             |           |  |  |  |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |                          |                                                                                                                                                                               |                 |   |                   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-------------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告                | <input type="checkbox"/> | ①生活保護受給者/②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"/> | ③市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額82.65万円以下です。<br>（受給している年金に○をしてください）<br>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。                              |                 |   |                   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額82.65万円を超え、120万円以下です。                                                                                      |                 |   |                   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額120万円を超えます。                                                                                                |                 |   |                   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、<br>③の方は650万円（同は1,650万円）、④の方は550万円（同は1,550万円）、<br>⑤の方は500万円（同は1,500万円）以下です。<br>※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 |                 |   |                   |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 預貯金額                     | 円                                                                                                                                                                             | 有価証券<br>（評価概算額） | 円 | その他<br>（現金・負債を含む） | （ ）※ 円<br>※内容を記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

|            |             |
|------------|-------------|
| 申請者氏名      | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所<br>〒 | 本人との関係      |

- 注意事項
- （１）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。
  - （２）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、通帳等の写しを添付してください。
  - （３）書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
  - （４）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。
  - （５）申請の際は、同意書についても併せて提出してください。

## 同意書

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、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、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

<配偶者> 住所

氏名

### 成田市記入欄

| 交付年月日   | 備 考                                                                      |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|
| 年 月 日   | (所得分布の状況等を記入)<br><br>利用者負担段階 段階<br><br>から<br><br>有効期限<br><br>年 月 日<br>まで |
| 適用年月日   |                                                                          |
| 年 月 日   |                                                                          |
| 有 効 期 限 |                                                                          |
| 年 月 日   |                                                                          |

( )