

(表面)

係員	参事	係長	課長補佐	課長

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

荒尾市長 様

令和6年度

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 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
住所	〒 -														電話番号					
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称	〒 -														電話番号					
入所（院）年月日	昭・平・令	年	月	日	※ショートステイの場合は、記入不要です。															

配偶者の有無		有・無		左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」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	明・大・昭	年	月	日	個人番号											
	住所	〒 -														電話番号				
	市町村民税賦課期日の住所（現住所と異なる場合）	〒 -														本年1月1日（申請が1月から7月までの場合は前年1月1日）時点の住所を記入してください。				
	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"/>	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"/>	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間80万円以下です。 <small>（受給している年金に〇してください）</small>														
	<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間80万円を超え120万円以下です。 <small>（受給している年金に〇してください）</small>														
	<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間120万円を超えます。 <small>（受給している年金に〇してください）</small>														
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり															
	預貯金額	本人	円	有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む。)	()	円								

※遺族年金には、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む。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。（記入のない場合は受付できません。）

提出者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
提出者住所（事業所が提出する場合、事業所所在地及び事業所名）	本人との関係

送付先 記入欄	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 提出者住所 <input type="checkbox"/> 入所(院)先 <input type="checkbox"/> その他（下欄に記入）	受付者
	〒 -	様方

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

※市処理欄

段階	1・2・3①・3②・4	収入額	非課税年金	円
世帯人数	人		課税年金	円
課税状況	課税・非課税		年金以外の所得額	円
所得状況	保・境・老		合計	円

同意書

荒尾市長 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、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、荒尾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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

署名又は記名押印

<配偶者>

住所

氏名

署名又は記名押印

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の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保有している場合は、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、支給された額を返還していただくとともに、支給された額の最大2倍の加算金を支払っていただくことがあります。