

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

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	保険者番号	4 6 2 0 1 0									
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	鹿児島市 連絡先										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先										
入所(院)年月日(※)	年	月	日	※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		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、記載不要です。							
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	課税状況						
	氏名			大・昭・平 年月日	市町村民税 課税・非課税						
	住所			個人番号							
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)										

※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。

収入・預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	対象者が 65 歳以上の場合 預貯金額 (夫婦の場合)			
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	1000 万円 (2000 万円) 以下			
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	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額 80 万円以下	650 万円 (1650 万円) 以下		
	<input type="checkbox"/>		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額 80 万円超 120 万円以下	550 万円 (1550 万円) 以下		
<input type="checkbox"/>		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額 120 万円超	500 万円 (1500 万円) 以下			
預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)	【(内容)】 円	

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先	受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
申請者住所	本人との関係	

注意事項

- 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。
- 65 歳未満(第 2 号被保険者)の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身 1000 万円以下、夫婦 2000 万円以下となります。
- 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。
- 書ききれない場合は、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。
- 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 2 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。

申告が必要な預貯金等の種類	添付が必要な書類
預貯金 (普通・定期)	通帳 (ネットバンクの場合はウェブページ) の写し ・銀行名、支店名、口座番号、名義人の分かる面 ・残高と直近 2 か月の出入金の状況が分かる面 ・定期預貯金は残高が分かる面 (又は定期預金証書など金額が確認できる書類の写し)
有価証券 (株式・国債など) 投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し又は評価額が確認できる取引残高報告書等の写し
金・銀 (積立購入を含む。) など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し (※腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるものは含まない。)
現金	自己申告 (申告欄その他に金額を記入)

※負債 (借入金・住宅ローンなど) は預貯金等から差し引いて計算します。(借用証書などの添付が必要。預貯金等額が基準以下の場合には申告不要)

市記入欄	受付	<input type="checkbox"/> 本人 (口郵送 <input type="checkbox"/> オンライン)	個人番号の確認	本人または代理人の身元確認書類	
	<input type="checkbox"/> 情報提供 NWS 確認済	<input type="checkbox"/> 代理人 (口郵送 <input type="checkbox"/> オンライン) 一代理権確認 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 提示が困難 ()	1 点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 身・障害者手帳 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 使者		2 点		

本人	配偶者
	住改・用具
	償還・差額
	高額・合算
	普徴口座

確認：減免、給減、段階、生保、老齢、境界層

同意書

鹿児島市長 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