

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)  
八王子市長

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                     |       |  | 被保険者番号 |  |   |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                   |       |  | 個人番号   |  |   |  |                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 明・大・昭 |  | 年      |  | 月 |  | 日                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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(※)              | 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                   |       |                                           |    |  |   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                    |       |                                           |    |  |   |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   | 明・大・昭 |                                           | 年  |  | 月 |  | 日   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                    | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

この申請について問い合わせができる方の連絡先を記入してください。

|      |            |  |   |  |   |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|------------|--|---|--|---|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | 被保険者本人との関係 |  |   |  |   |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   |            |  |   |  |   |  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | (〒         |  | — |  | ) |  | 日中連絡の取れる電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                          |                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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【遺族年金※・障害年金】収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。<br>(受給している年金に〇して下さい)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | <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【遺族年金※・障害年金】収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下です。<br>(受給している年金に〇して下さい) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | <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【遺族年金※・障害年金】収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。<br>(受給している年金に〇して下さい)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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。

|            |      |   |             |   |               |      |   |
|------------|------|---|-------------|---|---------------|------|---|
| 預貯金等に関する申告 | 預貯金額 | 円 | 有価証券(評価概算額) | 円 | その他(現金・負債を含む) | ( )※ | 円 |
|------------|------|---|-------------|---|---------------|------|---|

預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり ※内容を記入してください

|         |   |
|---------|---|
| 八王子市記入欄 | 円 |
|---------|---|

(被保険者番号) 氏名( )

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。

以下市記入欄

|                                              |                                                                                                                                                                |                                                         |           |               |               |                              |                          |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------|---------------|---------------|------------------------------|--------------------------|
| 要介護認定期間:( 介・支 ( 新規・更新(区変含))<br>(前認定期間: 介・支 ) |                                                                                                                                                                |                                                         |           |               |               |                              |                          |
| 年金収入+合所 (右欄計)<br>_____円 (A)                  |                                                                                                                                                                | 課税年金収入額 _____円<br>非課税年金収入額 _____円 (住登)<br>合計所得金額 _____円 |           |               |               |                              |                          |
| 被保険者の状況                                      |                                                                                                                                                                | 第1号 (65歳~) _____歳                                       |           | 第2号 (40~64歳)  |               | 預貯金等<br>基準超で<br>非該当の<br>場合に☑ |                          |
| 利用者<br>負担段階                                  | 年金収入+合所 (A)                                                                                                                                                    | 預貯金等合計額                                                 |           | 預貯金等合計額       |               |                              |                          |
|                                              |                                                                                                                                                                | 単身                                                      | 配偶者有      | 単身            | 配偶者有          |                              |                          |
| 1段階                                          | 生活保護受給者                                                                                                                                                        |                                                         |           |               |               |                              |                          |
| 2段階                                          | 80万9千円以下                                                                                                                                                       | 650万円以下                                                 | 1,650万円以下 | 1,000万円<br>以下 | 2,000万円<br>以下 |                              | <input type="checkbox"/> |
| 3段階①                                         | 80万9千円超 120万円以下                                                                                                                                                | 550万円以下                                                 | 1,550万円以下 |               |               | <input type="checkbox"/>     |                          |
| 3段階②                                         | 120万円超                                                                                                                                                         | 500万円以下                                                 | 1,500万円以下 |               |               | <input type="checkbox"/>     |                          |
| <input type="checkbox"/> 該当                  | 第 _____ 段階<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給有 (生活保護受給開始年月日 : _____<br>(八王子市福祉事務所・( _____ 福祉事務所)<br>新規要介護認定開始年月日: _____)<br><input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給有 |                                                         |           |               |               |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> 非該当                 | <input type="checkbox"/> ① 本人に市民税が課税されているため                                                                                                                    |                                                         |           |               |               |                              |                          |
|                                              | <input type="checkbox"/> ② 市民税世帯課税であるため ( _____ 人世帯)                                                                                                           |                                                         |           |               |               |                              |                          |
|                                              | <input type="checkbox"/> ③ 同一世帯でない配偶者が市民税課税であるため                                                                                                               |                                                         |           |               |               |                              |                          |
|                                              | <input type="checkbox"/> ④ 厚生労働省令で定める額以上の資産があるため                                                                                                               |                                                         |           |               |               |                              |                          |

|                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 同意書                                                                             | 預貯金                                                                             | 年金                                                                                                                                             | 有価証券等                                                                           | その他 |
| 不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 普徴 <input type="checkbox"/> 年金受給なし | 不備なし <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |     |
|                                                                                 |                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                                                 |     |

|                                                                     |                                   |                                                                     |                                    |                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 本人確認                                                                |                                   | 代理権確認                                                               |                                    | 個人番号確認                                |  |
| <input type="checkbox"/> マイナンバーカード(1)                               | <input type="checkbox"/> 運転免許証(1) | <input type="checkbox"/> 委任状                                        | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード    |  |
| <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(1)                                | <input type="checkbox"/> 介護保険証(2) | <input type="checkbox"/> 介護保険証                                      |                                    | <input type="checkbox"/> 通知カード        |  |
| <input type="checkbox"/> 医療保険証(2)                                   | <input type="checkbox"/> 資格確認書(2) | <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書       |                                    | <input type="checkbox"/> その他( _____ ) |  |
| <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 提示なし |                                   | <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 提示なし |                                    | <input type="checkbox"/> 提示なし         |  |
| 備考欄                                                                 |                                   |                                                                     |                                    |                                       |  |

## 同 意 書

八王子市長 殿

- 1 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。
- 2 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。
- 3 私(被保険者本人)が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供することに同意します。

年            月            日

<被保険者>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名