

# 介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 鴻巣市長

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			
住所	〒 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	
	氏名	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	個人番号	
	住所	〒 連絡先
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	

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、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年額80万円以下です。 <small>（受給している年金に○してください。以下同じ。） ※ 寡婦年金、かん大年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>	
	<input type="checkbox"/>	④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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、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、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年額120万円を超えます。	
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。	
	預貯金額	円	有価証券 <small>（評価概算額）</small>
		その他 <small>（現金・負債を含む）</small>	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（自宅・勤務先）
申請者住所	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保有している場合は、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) 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。

(裏面)

## 同意書

鴻巣市長 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

## 委任状

代理人

住所 (あるいは事業所名)

氏名

私は、上記の者を代理人と定め、介護保険の負担限度額認定申請に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者

住所

氏名

印

(自署の場合押印不要)

**【保険者（職員） 記入・確認】**

番号確認	本人申請		代理申請	担当者
	代理権確認	代理権確認	代理人身元確認	
<input type="checkbox"/> 記入あり * 確認した物 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> システム確認	* 1点確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ( ) * 2点確認 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	* 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 * 任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	* 家族申請 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ( ) * 事業者申請 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 包括職員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	確認日
<input type="checkbox"/> 記入なし <input type="checkbox"/> 職員記入 <input type="checkbox"/> システム確認	<input type="checkbox"/> システム確認	<input type="checkbox"/> システム確認	<input type="checkbox"/> システム確認	

利用目的	SS・入所	介護度	申請 (区変中) ・ 介 ・ 支	認定期間	～
生活保護受給	有・無	年金	種 (内非課税年金 種)	資格取得日	年 月 日
世帯内未申告者	有・無	受付	郵送 ・ 窓口		

非課税年金照会	要 ( / 発送 / 回答 円) ・ 不要	住所地特例	有 ・ 無
その他照会	配偶者課税状況 ・ 預金 ・ その他	1/1の住所地	鴻巣 ・ ( )