

新規・更新・再申請

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)
宮古市長様

施設・事業所名

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	〒																				
			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、記入不用です。														

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			個人番号																	
	氏名																				
	生年月日	明	・	大	・	昭	年		月		日										
	住所	〒																			
				連絡先																	
	現住所と異なる場合	〒																			
			連絡先																		
課税状況	市町村住民税		課税		・		非課税														

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者、または市民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者で、 預貯金が1,000万円（夫婦で2,000万円）以下 である。															第1段階		
	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額と合計所得金額の合計が、 年額82.65万円以下 であり、 預貯金が650万円（夫婦で1,650万円）以下 である。															第2段階		
	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額合計所得金額との合計が、 年額82.65万円以上120万円以下 であり、 預貯金が550万円（夫婦で1,550万円）以下 である。															第3段階 ①		
	<input type="checkbox"/>	市民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額と合計所得金額との合計が、 年額120万円以上 であり、 預貯金が500万円（夫婦で1,500万円）以下 である。															第3段階 ②		
預貯金等に関する申告	預貯金額		円	有価証券・株式等		円	現金・負債等		円										

申請者が被保険者の場合には、下記については、記載不要です。

申請者氏名	連絡先【自宅・携帯・勤務先】																	
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せん。
- 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うえ、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。
- 「遺族年金」には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

同意書

宮古市長 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、宮古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まいります。

令和 年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

< 配偶者 >

住所

氏名

通知の送付先について（○をつけてください）

被保険者の住所 ・ 申請者の住所 ・ 入所（院）施設

その他の場合

〒