

介護保険課からの連絡事項（令和元年5月居宅介護支援事業部会）

負担限度額認定申請の年度更新手続きについて

平成30年度の負担限度額認定者（本人）に、6月中旬に令和元年度更新分の勧奨通知を送付致します。新年度分の受付は、6月18日（火）から開始しますので、6月下旬から7月末の申請は新・旧の年度が混在しますのでご注意ください。

《申請についての注意点》

○非課税年金収入（遺族年金と障害年金）を含めた額で利用者負担段階を判断しますので、非課税年金の受給があれば記入していただく必要があります。

○申請者全員（生活保護受給者を除く。）について、資産要件の確認として預貯金等の写しを添付していただく必要があります。

【特例減額措置について】

「課税層に対する特例減額措置」により、本人又は世帯員（世帯分離している配偶者を含む。）が市民税を課税されている場合でも、一定の対象要件を満たす方については、申告することで特例的に減額措置が適用される場合があります。

認定の結果が非該当だった方で、要件に該当する可能性がある方には、結果通知と一緒に特例減額措置の概要と申告書を同封する予定です。

介護保険負担割合証について

介護保険の認定をお持ちの皆様へ、令和元年8月1日からの負担割合を記載した介護保険負担割合証を7月19日（金）に発送いたします。

ご不明な点がございましたら介護保険課までお問い合わせください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和 元 年 月 日

山口市長 様

(新規・更新)

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。

ふりがな			被保険者番号																	
被保険者氏名	⑩		個人番号																	
			性 別	男 ・ 女																
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 (※)	昭 ・ 平 ・ 令 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	ふりがな																					
	氏 名																					
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日										個人番号										
	住 所	☐ 被保険者と同じ 電話番号																				
	本年1月1日 現在の住所																		現住所と異なる場合のみ ご記入ください。			
	課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税																				

【注意事項】 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。

収 入 等 に 関 する 申 告 ※必ず記入 してください。	☐	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
	☐	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 年額80万円以下です。 (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。以下同じ。
	☐	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 年額80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)

※提出者が被保険者本人の場合、下記の提出者氏名等は記入不要です。

提出者氏名		本人との関係	
提出者住所	電話番号		

※日中、連絡がつく番号を記入して下さい。

裏面の「預貯金等に関する申告」及び「同意書」への記入・捺印が必要です

預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・債務含む) ()※ 円

【注意事項】 ※内容を記入してください。

- (1) 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合、合計金額を記入してください。
- (2) 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。
- (3) 虚偽の申告により不正に特定入所介護サービス費等の支給を受けた場合は、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。

同意書

山口市長 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。)に私及び配偶者(内縁関係の者も含む。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 元 年 月 日

<本人> 住所

氏名

㊞

<配偶者> 住所

氏名

㊞

<成年後見人>

※成年後見人による申請の場合は、
こちらのみご記入ください。

住所

氏名

㊞

【注意事項】 成年後見人による同意書記入の場合は、成年後見登記に関する登記事項証明書(写)または家庭裁判所の審判書(写)の添付が必要です。

山口市記入欄

交付年月日	市 民 税		本人収入状況	利用者負担額区分
年 月 日	*生活保護	無 有	課税年金収入 円	1 2 3 4
適用年月日	*高齢福祉年金	無 有	非課税年金収入額	介 護 度
年 月 日から	*本人課税	無 有	合計所得金額 円	支1 支2 介1 介2 介3 介4 介5
有効期限	*世帯課税	無 有	預貯金等に関する申告	有効期間
年 月 日まで	*配偶者課税	無 有	合計金額1000万 以上 (夫婦は2000万) 以下	年 月 日から 年 月 日まで

市確認欄

本人確認	番号確認(本人)	身元確認(本人/代理人)	代理権確認
本人確認	☐ 個力 ☐ 通力 ☐ 住民票(番号有) ☐ 住基確認 ☐ その他	1 点 ☐ 個力 ☐ 免 ☐ 運経 ☐ 旅 ☐ 障手 ☐ 在留 ☐ 住力(写真有) ☐ 社員証(写真有) ☐ その他	☐ 被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍等
	2 点 ☐ 保 ☐ 介 ☐ 年金 ☐ 住力(写真無) ☐ 社員証 ☐ その他	☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ その他	

通帳コピー確認
本配 ☐ ゆうちょ ☐ JA ☐ 山口銀行 ☐ 萩山口信金 ☐ 西中国信金 ☐ その他(通)

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

提出日を記入してください。

令和 元年 6 月 20 日

山口市長 様

(新規・更新)

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。

ふりがな	やまぐち たろう	被保険者番号								1	2	3	4	5
被保険者氏名	山口 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・昭 20年 6月 30日	性別	男	女										
住所	山口市亀山町〇番〇号													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	山口市亀山町〇番〇号 介護老人保健施設 ○○○○													
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 31年 4月 1日 (※)介護シヨ													
配偶者の有無	有・無 左記に については、記載不要です。													
ふりがな	やまぐち はなこ													
氏名	山口 花子													
生年月日	明・大・昭 20年 6月 3日 個人番号 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3													
住所	被保険者と同じ 電話番号													
本年1月1日現在の住所	現住所と異なる場合のみ ご記入ください。													
課税状況	市町村民税 課税・非課税													

申請日時点で介護保険施設に入所されている場合、記入が必要です。
※ただし
①施設へ今後入所予定の場合、
②医療機関へ入院中の場合、
③ショートステイご利用中の場合は
記入の必要はありません。

【注意事項】 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。

収入等に関する申告 ※必ず記入してください。	☐	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
	☒	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額80万円以下です。 (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。以下同じ。
	☐	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額80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)

3つのうちのいずれかに必ずチェックをお願いします。
遺族年金、障害年金受給の場合は、必ず で囲んでください。

※提出者が被保険者本人の場合、下記の提出者氏名等は記入不要です。

提出者氏名	大内 愛子	本人との関係	ケアマネジャー
提出者住所	山口市中央〇丁目〇番〇号 電話番号 090-△△△-□□□		

※日中、連絡がつく番号を記入して下さい。

裏面の「預貯金等に関する申告」及び「同意書」への記入・捺印が必要です

預貯金等に関する申告	☒ 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
	預貯金額	3,000,000 円	有価証券 (評価概算額)	2,000,000 円	その他 (現金・債務含む)

【注意事項】

※内容を記入してください。

- (1) 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合、合計金額を記入してください。
(2) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入してください。
(3) 虚偽の申告により不正に特定入所介護サービス費等の支給を受ける場合、第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算となります。

「預貯金等に関する申告」欄に記載する金額の元となる書類を添付してください。なお、本人及び配偶者のものが必要です。

同意書

山口市長 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。)に私及び配偶者(内縁関係の者も含む。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。

提出日を記入してください。

記入・押印してください。

※成年後見人による記入の場合は、右側の「成年後見人」の欄のみ記入押印

令和 元年 6 月 20 日

<本人> 住所 山口市亀山町〇番〇号
氏名 山口 太郎
<配偶者> 住所 山口市亀山町〇番〇号
氏名 山口 花子

<成年後見人>
※成年後見人による申請の場合は、
こちらのみご記入ください。
住所
氏名

【注意事項】 成年後見人による同意書記入の場合は、成年後見人または家庭裁判所の審判書(写)の添付が必要です。

成年後見人による記入の場合は、添付書類が必要です。
(左記【注意事項】参照)

山口市記入欄

交付年月日	市 民 税	本人収入状況	利用者負担額区分
年		課税年全収入	3 4
適月			度
年			1 介2
有			介5
年			間
			日から
			日まで
市 確 認			確 認
本人確認			
☐ 住基確認 ☐ その他	2 点	☐ 保 ☐ 介 ☐ 年金 ☐ 住力(写真無) ☐ 社員証 ☐ その他	☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ その他
			☐ 山口銀行 ☐ 萩山口信金 ☐ 西中国信金 ☐ その他(通)