



介護保険負担限度額認定申請書

(新規 ・ 更新)

□新規・更新申請同時受付

山口市長 様

提出日	令和	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。

ふりがな		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

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」について、記入は不要です。							
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	<input type="checkbox"/> 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】 別住所に居住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	<input type="checkbox"/>	① 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"/>	② 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ください。)	※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。
	<input type="checkbox"/>	③-1 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80万円超120万円以下です。(受給している年金に〇してください。)	
	<input type="checkbox"/>	③-2 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120万円を超えます。(受給している年金に〇してください。)	
預貯金等に関する申告 (通帳等の写しは別添のとおり)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ①の方は単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下、②の方は単身650万円(夫婦1,650万円)以下、 ③-1の方は単身550万円(夫婦1,550万円)以下、③-2の方は単身500万円(夫婦1,500万円)以下です。 第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は段階にかかわらず単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下です。	
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額) 円

【注意事項】 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、支給された額を返還していただくことがあります。

《裏面あり》

以下、山口市記入欄(記入不要)

市民税	本人収入状況	利用者負担額区分	資産要件	承認 ・ 不承認
*生活保護 無・有	課税年金収入額 円	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> 単身1,000万円以下(夫婦2,000万円以下)	交付年月日
*老齢福祉年金 無・有	非課税年金収入額 円	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> 単身650万円以下(夫婦1,650万円以下)	令和 年 月 日
*本人課税 無・有	合計所得金額 円	<input type="checkbox"/> ③-1	<input type="checkbox"/> 単身550万円以下(夫婦1,550万円以下)	適用年月日
*世帯課税 無・有	介護度 有効期間	<input type="checkbox"/> ③-2	<input type="checkbox"/> 単身500万円以下(夫婦1,500万円以下)	令和 年 月 日から
*配偶者課税 無・有	年 月 日から 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> 基準額超	有効期限 令和 年 月 日まで

入所(院)されている場合は、以下太枠内を記入してください。

入所施設に関する事項	介護保険施設名	(特別養護老人ホーム ・ 老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 介護医療院)		
	所在地	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、記入は不要です。

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。

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 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

(※)

(※)氏名を本人及び配偶者が手書きしない場合は、記名押印してください。

【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)又は家庭裁判所の審判書(写)及び確定証明書(写)の添付が必要です。

提出者が被保険者本人の場合、以下太枠内の記入は不要です。

ふりがな			
提出者氏名		本人との関係	
提出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	日中連絡がつか ご連絡先	

以下、山口市記入欄(記入不要)

本人確認	番号確認(本人)	身元確認(本人/代理人)	代理権確認	通帳コピー確認
	<input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 通力 <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 住基礎認 <input type="checkbox"/> その他	1点 <input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 運経 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> 住力(写真有) <input type="checkbox"/> 社員証(写真有) <input type="checkbox"/> その他 2点 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 住力(写真無) <input type="checkbox"/> 社員証 <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"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状・委任欄 <input type="checkbox"/> 身元確認書類(本人) <input type="checkbox"/> その他	本配 <input type="checkbox"/> ゆうちょ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> 山口銀行 <input type="checkbox"/> 萩山口信金 <input type="checkbox"/> 西中国信金 <input type="checkbox"/> その他(通)