

介護保険負担限度額認定申請について

1 負担限度額認定とは

介護保険負担限度額認定の制度は、食費・居住費（滞在費）における利用者の負担の軽減を図るもので、毎年一回更新が必要です。

2 対象者の要件

市民税世帯非課税であって、次の要件をすべて満たす方のうち、生計が困難であると市が認めた方。

要件①：配偶者（別世帯者・内縁関係含む）も市民税非課税であること。

要件②：預貯金等が単身1,000万円以下、夫婦2,000万円以下であること。

※障害年金、遺族年金などの非課税年金も収入に含めて判定します。

3 持ち物

①本人（とその配偶者）の印鑑

②本人（とその配偶者）が所有する全ての預貯金通帳（定期預金・積立預金を含む）・有

※預貯金通帳を記帳の上、通帳のコピーをご持参ください。通帳のコピーは、表紙及び2ヶ月分の記帳欄をお願いします。総合口座の場合、定期預金のページのコピーも忘れずにお取りください。通帳の記帳及びコピーをしていない方は、受け付けられない場合があります。

価証券等のコピー（念のため通帳もお持ちください。）

③（配偶者が上山市外にいる場合）配偶者の非課税証明書

4 対象となる施設サービス

○介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） ○介護老人保健施設

○短期入所生活介護（ショートステイ） ○介護療養型医療施設

5 申請書の記入について

○本人及びその配偶者についての情報も記入してください。世帯分離をしている配偶者や内縁関係の方も含みます。（配偶者がいない場合は記入の必要はありません。）

○裏面にも同意書欄があります。同意の上本人（及びその配偶者）の氏名・住所を記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

上山市長 様

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	日生	性別	男・女														
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は不要です。																
配偶者の有無	有・無			左記ににおいて「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	日生	個人番号														
	住所	〒 電話番号																		
	本年1月1日現在の住所(現在の住所と異なる場合)																			
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"/> 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税世帯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、合計所得金額と課税年金収入額と【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。 ※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。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以上です。																			
	預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦の場合は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・負債を含む)	()※	円												

※内容を記入してください

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		電話番号	
申請者住所		本人との関係	

注意事項

- この申請における「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。
- 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上添付してください。
- 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。

市記入欄

交付年月日	年 月 日	備 考	
適用年月日	年 月 日から	(所得分布の状況等を記入)	<input type="checkbox"/> 該当
有効期限	年 月 日まで	保険料区分	<input type="checkbox"/> 非該当

同 意 書

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。

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 _____