

記入上の留意事項

様式第27号(第24条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

介護保険法施行規則第83条5号に掲げる者に該当するため、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 被保険者氏名	被保険者番号	00000
生年月日	個人番号	
住 所	性別	男 ・ 女
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(※)	(※) 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。	

①

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	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

②

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である高齢福祉年金受給者	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】その他の厚生労働大臣が定める年金の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○して下さい) ※ 専属年金、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。	受給している全ての年金の保険者に○して下さい
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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】その他の厚生労働大臣が定める年金の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○して下さい)	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	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に	

③

④

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

⑤

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、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
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。

被保険者	配偶者	収入	預貯金	申請者	同意書	添付書類

←市川市使用欄
につき記入不要

① 被保険者

- 被保険者番号、氏名、フリガナ ・ 生年月日
- 住所(住民票の住所をご記入ください)
- 施設名(ショートステイ利用の場合、記入不要です)

② 配偶者(=被保険者の夫または妻)

- 配偶者の有無 → 有・無 のいずれかに○をしてください
※ 婚姻届を提出していない事実婚や、長期の別居状態の者も配偶者に含み、課税状況等を勘案します。ただし、DV(家庭内暴力)や行方不明の場合、介護福祉課にご相談ください

配偶者「有」なら ・ 氏名 ・ 生年月日 ・ 住所

- (現住所と異なる場合) 1月1日の住所
- 課税状況 ※ 配偶者の住所が市外の場合は非課税証明書の添付が必要です

③ 収入等に関する申告 非課税年金額を収入に含む変更あり

→記入方法は、本紙の裏面をご覧ください

④ 預貯金等に関する申告

- 基準額を上回っていない場合、✓ を入れてください
- 配偶者の分も含め、預貯金額等の合計を記入してください
※ 夫婦以外の世帯員にかかる資産は記入不要です

⑤ 申請者欄(申請者本人の場合記入不要)

- 連絡先(電話番号)を必ずご記入ください

申請書の裏面に同意書があります（生活保護受給者は記入不要）

同 意 書

市 川 市 長

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、市川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。

平成 年 月 日

<本 人> 住所

氏名

6 印

<配偶者> 住所

氏名

印

⑥ 同意書

- ・被保険者に配偶者がいる場合は、被保険者本人だけでなく、**配偶者の住所、氏名、押印も必要です**
- ・日付の未記入や印漏れがないよう確認ください



表面③ 収入等に関する申告 について ※いずれも被保険者本人の収入について、わかる範囲でお答えください。

いずれかに をつけてください

- 上段) 生活保護受給者等
- 中段) 年金等収入 (※) が 80 万円以下
- 下段) " が 80 万円超

※受給する全ての年金額及びその他の合計所得金額の年間合計額。

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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】その他の厚生労働大臣が定める年金の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○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。
	<input type="checkbox"/>	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】その他の厚生労働大臣が定める年金の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○して下さい）

受給している全ての年金の保険者に○して下さい

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

遺族年金、障害年金を受給している場合は、いずれか（両方受給している場合は両方とも）○をして下さい

例) 障害年金を受給している場合 【遺族年金・障害年金】

年金を受給している場合は、該当する年金保険者全てに○をして下さい

※ 年金保険者は、年金通知書等でご確認ください

例) 複数の年金を受給している場合

受給している全ての年金の保険者に○して下さい

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済