

# 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

### 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)

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

### 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

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

### 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

### 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

申請者氏名	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。	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所		本人との関係

⑤

### 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

#### 注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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

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

<配偶者> 住所

氏名

⑥

印

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	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
	<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）	

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