

介護保険負担限度額認定申請書

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																		
住所																電話 ()	-					
入所(院)した介護保険施設の所在地	所在地 :																					
所在地及び施設名(※1)	施設名 :															電話 ()	-					
(※1)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。																						
配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 ・ 無 (「配偶者に関する事項」の記載不要)										市民税課税状況	課税 ・ 非課税									
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名											個人番号										
	住所																電話 ()	-				
収入等に関する申告 (該当の <input type="checkbox"/> にチェックしてください)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 ※生活保護の場合、預貯金等の基準額はありませぬ。添付資料も不要です。																				
	<input type="checkbox"/>	2号被保険者、又は大正5年4月1日以前の生まれで老齢福祉年金の受給者…①																				
	市民税非課税世帯であり、課税年金及び【遺族年金※2・障害年金】の収入額、並びに年金以外の合計所得金額の合計が																					
	<input type="checkbox"/>	80万円以下である……………②																				
	<input type="checkbox"/>	80万円を超え、120万円以下である……………③-1																				
<input type="checkbox"/>	120万円を超える……………③-2																					
※2 遺族年金には、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。																						
預貯金等に関する申告	(あ) 預貯金額 (普通預金)	(い) 預貯金額 (定期預金)	(う) 有価証券 (評価概算額)	(え) その他(現金、負債など)																		
	円 円 円 円				(あ) (い) (う) (え) の合計金額 ※預貯金等の合計金額が基準額(※3)を超える場合は申請できません。																	
結果の送付先	<input type="checkbox"/>	自宅 (送付先変更含む)										<input type="checkbox"/>	上記入所(院)中の介護保険施設									

豊田市長 様

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。

- 私及び私の世帯員の所得の状況並びに公的扶助の受給の有無について豊田市が調査することに同意します。
- 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(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況、保有する預貯金並びに有価証券等残高について、報告を求めすることに同意します。
- 豊田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。
- 入所(院)中の介護保険施設及びサービス計画作成を依頼した居宅介護(介護予防)支援事業者に対して申請結果の情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

申請者 住所 (上に記載の被保険者住所と同じ) 住所 (上に記載の配偶者住所と同じ)

(被保険者) 氏名 (配偶者) 氏名

※いない時は 記入不要

記入者氏名											本人との関係											電話 ()	-		
<input type="checkbox"/> 裏面の【注意事項】【申請に必要な書類】を確認しました。(郵送申請時)																									
豊田市記入欄																									
給付制限	無 ・ 有 (支払変更 ・ 給付差止 ・ 給付額減額)										制限期間	. . . ~ . . .										個人番号	<input type="checkbox"/>	身元確認	<input type="checkbox"/>
申請日	年	月	日	開始	年	月	日	終了	年	月	日	No.							段階						
備考																		CD							

【注意事項】

- 1 この申請書における「配偶者（夫、妻）」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 2号被保険者とは、40歳以上64歳以下の被保険者が該当します。
- 3 預貯金額（普通預金）には、複数の普通預金等の通帳を所有している場合は、その全ての合計金額を記入してください。
- 4 預貯金額（定期預金）には、複数の定期預金等を所有している場合は、その全ての合計金額を記入してください。
- 5 有価証券（評価概算額）には、所有口数を申請日時点での株価等で算定した金額を記入してください。
- 6 預貯金額（普通預金及び定期預金）、有価証券、その他について、所持していない項目は「0」と記入してください。
- 7 合計金額には、預貯金額（普通預金及び定期預金）、有価証券、その他の金額の合計金額を記入してください。
- 8 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（負担軽減額と併せ最大3倍の額）を返還していただくことがあります。
- 9 豊田市介護保険負担限度額認定後に、次に記す（1）～（3）のどれか一つでも満たさなくなりましたら、速やかにその旨を市へ申し出てください。

申出が無く減額を受けていた場合、減額分を市へ返還していただきますのでご承知おきください。

（1）市民税が非課税の世帯であること。（2）配偶者（妻及び夫、内縁関係も含む）の住民税が非課税であること。

（3）預貯金等の合計が下記の基準額以下であること。（利用者負担段階：基準額）

- | | | | |
|------------|-----------------------|------------|---------------------|
| ①（第1段階） | ： 単身1,000万円、夫婦2,000万円 | ②（第2段階） | ： 単身650万円、夫婦1,650万円 |
| ③-1（第3段階①） | ： 単身 550万円、夫婦1,550万円 | ③-2（第3段階②） | ： 単身500万円、夫婦1,500万円 |

【申請に必要な書類】

- 1 介護保険負担限度額認定申請書（この申請書）
- 2 被保険者の名義の預金通帳の写し（※1、※2）（表紙（※3）及び最終残高の確認できるページ（※4、※5））
- 3 配偶者の名義の預金通帳の写し（表紙及び最終残高の確認できるページ）（※6） ※配偶者がいない場合は不要
- 4 有価証券の持ち株数がわかる書類の写し（※7） ※有価証券をお持ちでない場合は不要
- 5 被保険者の本人確認書類（※2、※8） ※マイナンバー未記入の場合は不要
- 6 配偶者の本人確認書類（※2、※8） ※配偶者がいない場合は不要 ※マイナンバー未記入の場合は不要
- 7 成年後見人等であることがわかる書類（登記事項証明書、審判確定証明書等）の写し ※成年後見人等がいなかった場合は不要

※1 複数の通帳をお持ちの場合、すべての通帳の写しを提出していただく必要があります。

※2 A4サイズの紙に複写してください。1枚の紙に複数ページ分の複写をしていただいても差し支えありません。
原本のサイズに加工（切り取り）をしないでください。

※3 ゆうちょ銀行の場合、表紙では口座が特定できないため、1枚目のページの写しを提出してください。

※4 申請の2か月以内に記帳した上で写しを取ってください。日付と金額が欠けないように気をつけてください。
最終記帳時点の日付や金額が確認できない場合、受付できません。

通帳に動きが無いために、最新の入出金日が2か月以上前になる場合は、写しの余白に「以降、動きなし」と補記してください。

通帳を紛失しているために通帳の写しが用意できない場合は、キャッシュカードと残高明細の複写でも差し支えありません。

定期預金がある場合は、忘れずに、定期預金の金額がわかるページの写しもご提出ください。

※5 被保険者名義の通帳が存在しない場合は、預貯金額の欄へ「通帳なし」と記入してください。

※6 注意事項は、上記の「2」（被保険者本人の預金通帳の写し）と同じ

※7 持ち株数がわかるものであれば種類は問いません。（例：配当金の通知など）

※8 【個人番号（マイナンバー）提供に伴う本人確認書類】

◎官公署で発行された顔写真付きの証明書のうち以下のいずれかの1点の写しを添付してください。

個人番号カード、運転免許証、日本国旅客券（パスポート）、在留カード、特別永住者証明書、
身体障がい者手帳、療育手帳その他官公署が発行した顔写真付きの証明書

◎上記の書類がない場合は、以下の書類のうちいずれかの2点の写しを添付してください。

介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証（更新前）、後期高齢者医療被保険者証、
国民健康保険被保険者証、年金証書その他これらに類するもの

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	カゴ ハナコ	個人番号（マイナンバー）の記載欄です。																					
被保険者氏名	介護 花子										個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・招 14年 1月 23日																						
住所	豊田市西町3-6										介護保険施設に入所（院）している場合のみ記載してください。		電話（0565） 34 - 6634										
入所（院）した介護保険施設の所在地											所在地及び施設名（※1）		施設名		電話（ ） -								
（※1）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。																							
配偶者の有無	有・無（「配偶者に関する事項」の記載不要）										市民税課税状況	課税		非課税									
フリガナ	カゴ タロウ										生年月日	明・大・招 12年 7月 31日											
氏名	介護 太郎										該当するものにレ点をつけてください。												
住所	同上										電話（ ） -												
添付した通帳等の残高等の合計金額を、それぞれの項目の下に記載してください。 ※夫婦の場合は、それぞれを合算した金額	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 ※生活保護の場合、預貯金等の基準額はありません。添付資料も不要です。										※3 預貯金等の基準額 市民税非課税世帯であり、課税年金及び【遺族年金※2・障害年金】の収入額、並びに年金以外の合計所得金額の合計が <input type="checkbox"/> 80万円以下である…………… <input checked="" type="checkbox"/> 80万円を超え、120万円以下である…………… <input type="checkbox"/> 120万円を超える…………… 遺族年金か、障がい年金を受け取っている場合は受け取っている年金に○をつけてください。不明の場合は未記入でかまいません。												
	<input type="checkbox"/> 2号被保険者、又は、大正5年以前の生まれで老齢福祉年金の受給者…①																						
	※2 遺族年金には、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。																						
	収入額、並びに年金以外の合計所得金額の合計が																						
預貯金等に	(あ) 預貯金額（普通預金）		(い) 預貯金額（定期預金）		(う) 有価証券（評価概算額）		(え) その他（現金、負債など）		1,234,567 円		2,000,000 円		0 円		0 円								
預貯金額（普通預金）、預貯金額（定期預金）、有価証券、その他の金額の合計を記載してください。	(あ)(い)(う)(え)の合計金額										3,234,567 円		※預貯金等の合計金額が基準額（※3）を超える場合は申請できません。										
<input checked="" type="checkbox"/> 自宅（送付先変更含む）										<input type="checkbox"/> 上記入所（院）中の介護保険施設													
申請の結果の送付先を記入。未記入の場合、自宅（送付先変更含む）へ送付します。										介護保険施設に入所している場合のみ、住民票上住所及び送付先変更先住所に優先して介護保険施設へ送付することができます。													
被保険者及び配偶者の氏名を記入してください。被保険者に成年後見人がいる場合は、申請者欄は以下の例のとおりに記載してください。成年後見人の住所が被保険者と異なる場合は、「上に記載の被保険者住所と同じ」の記載を二重線で消し、余白に住所をご記入ください。また、成年後見人であることがわかる書類（登記事項証明書、審判確定証明書等）の写しを添付してください。																							
例：被保険者＝介護花子の成年後見人が愛知健太の場合。 申請者氏名：介護花子 成年後見人 愛知健太																							
申請者（被保険者）氏名	介護 花子										（配偶者）氏名		介護 太郎										
※いない時は記入不要																							

記入者氏名	豊田 一郎	本人との関係	長男	電話	(0565) 34 - 6634
-------	-------	--------	----	----	------------------

※ 必ず、裏面の【注意事項】【申請に必要な書類】をご確認ください。

給付制限	無・有（支払変更・給付差止・給付額減額）	身元確認	<input type="checkbox"/>
申請日	年 月 日 開始	段階	
備考			CD

申請者（被保険者）と申請書の記入者が異なる場合は、記入者の氏名等を記入してください。

■利用者負担段階とその対象者

第1段階	生活保護受給者、2号被保険者（40～64歳）、市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者
第2段階	下記のア～ウを全て満たし、課税年金、遺族年金※1、及び障がい年金の収入額、並びに年金以外の合計所得金額の合計が80万円以下の人
第3段階①	下記のア～ウを全て満たし、課税年金、遺族年金※1、及び障がい年金の収入額、並びに年金以外の合計所得金額の合計が80万円を超え、120万円以下の人
第3段階②	下記のア～ウを全て満たし、課税年金、遺族年金※1、及び障がい年金の収入額、並びに年金以外の合計所得金額の合計が120万円を超える人
ア 市民税非課税世帯の人	
イ 配偶者が住民税非課税の人	
ウ 預貯金等の合計が下記の基準額以下であること。（利用者負担段階：基準額）	
第1段階：単身1,000万円、夫婦2,000万円	
第2段階：単身 650万円、夫婦1,650万円	
第3段階①：単身 550万円、夫婦1,550万円	
第3段階②：単身 500万円、夫婦1,500万円	

※1 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む

■居住費（滞在費）の基準費用額と負担限度額（日額） ※基準費用額を超える部屋を利用した場合には支給されません。

居住費 （滞在費）	ユニット型 個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室 （特養）	従来型個室 （老健・医療）	多床室 （特養）	多床室 （老健・医療院）
基準費用額	2,006円	1,668円	1,171円	1,668円	855円	377円
第1段階	820円	490円	320円	490円	0円	0円
第2段階	820円	490円	420円	490円	370円	370円
第3段階①	1,310円	1,310円	820円	1,310円	370円	370円
第3段階②	1,310円	1,310円	820円	1,310円	370円	370円

■食費の基準費用額と負担限度額（日額） ※基準費用額を超える食事を利用した場合には支給されません。

食費 （日額）	施設サービス	短期入所サービス （ショートステイ）
基準費用額	1,445円	1,445円
第1段階	300円	300円
第2段階	390円	600円
第3段階①	650円	1,000円
第3段階②	1,360円	1,300円

【参考】

(1)「預貯金等」に含まれるものは、以下の表のとおりです。

預貯金等に含まれるもの （資産性があり、換金性が高く、価格評価が容易なものが対象）	確認方法 （価格評価を確認できる書類の入手が容易なものは添付を求めます）
預貯金（普通・定期）	通帳の写し （インターネットバンキングであれば口座残高ページの写し）
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって 時価評価額が用意に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
タンス預金（現金）	自己申告

※負債（借入金・住宅ローンなど）は、預貯金等から差し引いて計算します（借用証書などで確認）。

※価格評価は、申請日の直近2ヵ月以内の写し等により行います。

※預貯金等に含まれないもの・・・生命保険、自動車、腕時計、宝石など時価評価額の把握が難しい貴金属など、絵画、骨董品、家財など

(2) 老齢福祉年金とは、国民年金発足時すでに高齢だったため、国民年金を受け取ることができない人を救済する制度です。大正5年4月1日以前の生まれの人が対象になる可能性があります。

(3) 課税年金とは、国民年金、厚生年金、共済年金などの課税対象となる年金のことです。