

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 にチェックしてください)	☐	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。																			
	☐	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																				
	☐	8 2 万 6 , 5 0 0 円以下である…②																			
	☐	8 2 万 6 , 5 0 0 円を超え、 1 2 0 万円以下である…③-1																			
☐	1 2 0 万円を超える…③-2																				
※3 預貯金等の基準額 ①…1,000万円(夫婦2,000万円)以下 ②……650万円(夫婦1,650万円)以下 ③-1…550万円(夫婦1,550万円)以下 ③-2…500万円(夫婦1,500万円)以下																					
預貯金等に関する申告	(ア) 預貯金額（普通預金）	円				(イ) 預貯金額（定期預金）	円				(ウ) 有価証券（評価概算額）	円				(エ) その他(現金、負債など)	円				
	(ア) (イ) (ウ) (エ) の合計金額 ※夫婦(内縁含む)は合算 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。																				
結果の送付先	☐	自宅（送付先変更含む）				☐	上記入所(院)中の介護保険施設														

豊田市長 様																			同意欄			
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。																						
1 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。																						
2 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、報告を求めることに同意します。																						
3 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。																						
4 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に同じ）				住所（上に記載の配偶者住所に同じ）																
(被保険者)		氏名				(配偶者)				※いない時は 記入不要												

記入者氏名		本人との関係				電話（ ） -															
☐ 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		☐	身元確認		☐		
申請日		年 月 日		開始		年 月 日		終了		年 月 日		No.				段階					
認定開始日		年 月 日		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）※第2号被保険者は第1段階の基準額です。
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い場合は不要**

- ※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。年金の直近の入金に分かるページも写しを取ってください。
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）、後期高齢者医療資格確認書、
国民健康保険資格確認書、年金証書その他これらに類するもの