

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 奈良市長

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。

年 月 日

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
性別	男・女	生年月日																		
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(※)																				

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」は、記入不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号																	
	氏名		生年月日																	
	住所	〒																		
		電話番号																		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒																			
	電話番号																			
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"/>	①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"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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。(受給している年金を○で囲んでください) ※ 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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金を○で囲んでください)																										
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金を○で囲んでください)																										
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①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①～④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。																										
		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)		内容()		円																

申請者が被保険者本人の場合には、下記は記入不要です。

申請者氏名		電話番号(自宅・勤務先)	
申請者住所	〒	本人との関係	

被保険者の住所・氏名以外に送付を希望される方は、以下に送付先を記入してください。

送付先住所・氏名	〒
----------	---

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保有している場合、その全てを記入し、通帳等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。

同意書

(宛先) 奈良市長

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。)の課税状況並びに保有する預貯金及び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

※本同意書に係る個人情報の取扱いについては、奈良市個人情報保護条例の規定に基づき、上記目的以外での使用や外部提供を行うことはありません。また、収集した個人情報につきましては、適正に管理いたします。

市記入欄

交 付 年 月 日	備 考		
年 月 日	申請	法定 ・ 委任状 ・ 本人	
適 用 年 月 日	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・ ()	
年 月 日 から	身元	番号カード・運転免許証・介護支援専門員証 ・被保険者証(介護・医療)・ ()	
有 効 期 限	交付日	確認	
年 月 日 まで			

記入例

第20号様式

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 奈良市長

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	ナラ イチロウ	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
被保険者氏名	奈良 一郎	個人番号	
性別	(男) ・ 女	生年月日	年 月 日
住所	〒 〇〇〇-△△△△ 奈良市〇〇町△△△番地	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
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、記入不要です。)	

個人番号は未記入で結構です。

記入日をお書きください。

被保険者の氏名、被保険者番号、性別、生年月日、住所をご確認ください。また、被保険者の記載もれのないようにしてください。

分からない場合、空欄で結構です。

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」は、記入不要です。	
配偶者フリガナ	ナラ ハナコ	個人番号	
配偶者氏名	奈良 花子	生年月日	昭和 12年 12月 12日
配偶者住所	〒 〇〇〇-△△△△ 奈良市〇〇町△△△番地	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	電話番号	
課税状況	市町村民税	課税	・ (非課税)

個人番号は未記入で結構です。

非課税年金の受給状況について必ず自己申告してください。
※詳しくは別紙をご参照ください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①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	受給している全ての年金の保険者を〇で囲んでください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済		
	<input checked="" type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 (受給している年金を〇で囲んでください)			
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (受給している年金を〇で囲んでください)			
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①~④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。	預貯金金額		
		1,000,000円		有価証券(評価概算額)	円

預貯金等の額が分かる書類を添付の上、預貯金等についてご記入ください。(通帳等の写しについては、銀行名・支店・口座番号・口座名義人がわかるページと直近2ヶ月前までの残高がわかるページを添付してください。)

申請者が被保険者本人の場合には、下記は記入不要です。

申請者氏名	奈良 太郎	電話番号(自宅・勤務先)	〇〇〇〇-△△-××××
申請者住所	〒 △△△-×××× 〇〇市△△町×××番地	本人との関係	子
送付先住所・氏名	〒 △△△-×××× 〇〇市△△町×××番地		

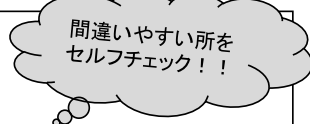
令和3年8月1日から預貯金等の金額の合計額が、収入等によって4段階に分かれています。この欄に記載の額を超える場合は認定できません。

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保有している場合、その全てを記入し、通帳等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。



申請書裏面に同意書(※)がありますので、必ず記入してください。
申請書・同意書に記入がない場合、申請を受け付けることができません。
(※)課税状況や預貯金等の調査、照会に対する同意書です。



- 申請書裏面の同意書に必要な事項を記入していますか?
- 預貯金、有価証券等の金額の合計額を証明する書類は添付されていますか?

- ☞ 年金が振り込まれている口座を忘れていませんか??
- ☞ 通帳の場合、次のページをコピーして添付してください。
① 銀行名・支店名・口座名義人の名前・口座番号がわかるページ (通帳を1枚めくったページ)
② 直近の年金の振込が確認できるページから、最新の残高が確認できるページまで

- 配偶者がおられる方は、次の2点にご注意下さい! (世帯分離、事実婚なども含みます)
☞ どちらかだけの申請でも、本人と配偶者それぞれの添付書類が必要です。
☞ おふたりとも申請する場合は、それぞれに申請書、添付書類が必要です。