

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																					
生年月日性別		年 月 日		個人番号																	
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		(※) 年 月 日		(※)介護保険施設に入所(院)していない場合は記入不要です。																	
※配偶者の有無		有 ・ 無		個人番号																	
※この申請書における配偶者は、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。																					
配偶者に関する事項	フリガナ			生 年 月 日		年 月 日															
	氏 名			課 税 状 況		市町村民税 課税 ・ 非課税															
	住 所	〒		連絡先																	
	1月1日現在の住所(※)	〒		(※)1月～7月適用分については前年の1月1日です。																	
収入等に関する申告 (該当する段階に○してください。)	利用者負担段階			預貯金等要件 2号被保険者は、単身1千万円夫婦2千万円以下																	
				単身 夫婦																	
				生活保護受給者																	
				老齢福祉年金受給者																	
				1,000万円以下 2,000万円以下																	
1段階			生活保護受給者 市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者																		
2段階			市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額80万9千円以下													650万円以下 1,650万円以下					
3段階①			市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額80万円9千円超120万円以下													550万円以下 1,550万円以下					
3段階②			市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税・非課税年金収入額の合計額が年額120万円超													500万円以下 1,500万円以下					
非課税年金に関する申告		1 非課税年金を受給している【(※)遺族年金 ・ 障害年金】←受給している年金に○してください。 2 非課税年金を受給していない (※)寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。																			
預貯金等に関する申告		※通帳等の写しは別添 合計(①+②+③) 円																			
		預貯金額① 円 有価証券② (評価概算額) 円 その他③ (現金等) 円																			
(宛先)下関市長																					
年 月 日																					
申請者氏名 連絡先(自宅・勤務先)																					
〒																					
申請者住所 被保険者との関係																					
同 意 書																					
介護保険負担限度額認定のため、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、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。																					
(宛先)下関市長																					
年 月 日																					
<本人> 住所																					
氏名																					
<配偶者> 住所																					
氏名																					
・預貯金等について、複数の口座をお持ちであれば、そのすべてを記入(裏面に詳細記入欄有り)し、通帳等の写しを添付してください。・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。																					
※下関市記入欄																					
提出(本人・代理・代行・郵送) 代理権確認										備考										受付	
番号カード提示(有・無)										☐ 介護保険被保険者証 ☐ 被保険者証(国保・後期) ☐ 書面()										本庁 ()	
番号確認書類提示(有・無)										☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険負担割合証										支所 ()	
個人番号システム確認(済)										☐ 被保険者証(国保・後期) ☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他()										総支所 ()	

【お知らせ】利用者負担段階に記載の80万円が、令和7年8月1日(令和7年度更新分)から、80万9千円に改正される予定です。

預貯金等申告書

被保険者					
年金 通帳	銀行名	預貯金(普通)	預貯金(定期)	証書等	小計
	銀行				
	銀行				
	銀行				
	銀行				
預貯金額 小計①					
有価証券(出資金)					
有価証券(株式等)					
有価証券 小計②					
配偶者					
年金 通帳	銀行名	預貯金(普通)	預貯金(定期)	証書等	小計
	銀行				
	銀行				
	銀行				
	銀行				
預貯金額 小計③					
有価証券(出資金)					
有価証券(株式等)					
有価証券 小計④					

預貯金額合計(①+③)

有価証券合計(②+④)