

# 介護保険負担限度額認定申請書

新規

更新

北九州市長 様

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）にかかる負担限度額認定を申請します。

|                 |     |             |    |    |  |          |  |   |  |        |  |  |  |  |  |
|-----------------|-----|-------------|----|----|--|----------|--|---|--|--------|--|--|--|--|--|
| 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 |    | 性別 |  | 男・女      |  |   |  |        |  |  |  |  |  |
| 住 所             |     | 〒           |    |    |  |          |  |   |  | (電話番号) |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設等の名称及び所在地 | 種 類 | 施設・短期入所     | 名称 | ※  |  | 入所(院)年月日 |  | ※ |  | 年 月 日  |  |  |  |  |  |
|                 | 所在地 | 〒           |    |    |  |          |  |   |  | (電話番号) |  |  |  |  |  |

※印の欄は、介護保険施設に入所（院）していない場合および短期入所の場合は記入不要です。

|           |                            |       |             |                             |      |   |  |     |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|----------------------------|-------|-------------|-----------------------------|------|---|--|-----|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無    |                            | 有・無   |             | 世帯分離をしている配偶者または内縁関係の人を含みます。 |      |   |  |     |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                       |       | -----       |                             |      |   |  |     |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                        |       | -----       |                             |      |   |  |     |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                       |       | 明・大・昭 年 月 日 |                             | 個人番号 |   |  |     |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                        |       | 〒           |                             |      |   |  |     |  |  | (電話番号) |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所<br>(現住所と異なる場合) |       | -----       |                             |      |   |  |     |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      |                            | 〔市民税〕 |             | 課税                          |      | ・ |  | 非課税 |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |

|            |                          |     |  |                 |    |   |                 |    |   |   |  |  |  |  |  |
|------------|--------------------------|-----|--|-----------------|----|---|-----------------|----|---|---|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告  | <input type="checkbox"/> |     | 生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者   |                 |    |   |                 |    |   |   |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> |     | 市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・受給無し（該当するものに○を）】収入額の合計額が年額 80 万円以下です。<br>※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・受給無し（該当するものに○を）】収入額の合計額が年額 80 万円を超えます。   |                 |    |   |                 |    |   |   |  |  |  |  |  |
| 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 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。<br>※添付資料：預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し（名義面・最終残高面）  |                 |    |   |                 |    |   |   |  |  |  |  |  |
|            | 本人                       | 預貯金 | 円  | 有価証券<br>(評価概算額) |    | 円 | その他<br>(現金・負債等) |    | 円 |   |  |  |  |  |  |
|            | 配偶者                      | 金額  | 円  |                 |    | 円 |                 |    | 円 |   |  |  |  |  |  |
|            |                          |     | 合計   | 円               | 合計 |   | 円               | 合計 |   | 円 |  |  |  |  |  |

## 同 意 書

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

令和 年 月 日

【 本 人 】

住 所

(代筆者氏名)

氏 名

印

(続柄)

【 配 偶 者 】※配偶者がいる場合は必ず記入してください。

住 所

(代筆者氏名)

氏 名

印

(続柄)

下記は、申請者が被保険者本人の場合は記入不要です。

|         |        |
|---------|--------|
| 申請者氏名   | 電話番号   |
| 申請者住所 〒 | 本人との関係 |

### 【注意事項】

- 預金通帳等の写しは「名義記載ページ」と「最終残高が確認できるページ（申請日の直近から2ヶ月前までのもの）」を添付してください。（配偶者のものも含みます。）
- 記入欄が不足する場合は、余白に記入もしくは別紙に記入のうえ、添付してください。
- 虚偽の申告により不正に本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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

〈保険者記入欄〉

|                                    |   |                           |                                |       |            |    |     |         |  |
|------------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------|-------|------------|----|-----|---------|--|
| 起案日                                | 令和 年 月 日  | 受付                        |                                | 担当    |            | 係長 |     | 課長      |  |
| 決裁日                                | 令和 年 月 日  |                           |                                |       |            |    |     |         |  |
| 下記のとおり決定してよろしいか。                   |   |                           |                                |       |            |    |     |         |  |
| 決定区分                               | 承認 ・ 非承認  |                           |                                | 交付年月日 | 令和 年 月 日   |    |     |         |  |
| 適用年月日                              | 令和 年 月 日から  |                           |                                | 有効期限  | 令和 年 月 日まで |    |     |         |  |
| 認定状況                               | 生活保護等<br>受給状況   | 市民税世帯<br>課税状況             | 収入状況等                          |       |            |    |     | 利用者負担段階 |  |
| 要介護<br>または<br>要支援<br>1・2           | 被保護者  | 非課税                       |                                |       |            |    |     | 第1段階    |  |
|                                    | 老齢福祉年金  | 非課税                       |                                |       |            |    |     | 第1段階    |  |
|                                    | 境界層該当   |                           | 別紙作成                           |       |            |    |     | 第 段階    |  |
|                                    | 上記以外  | 非課税                       | 合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額≤80万円／年 |       |            |    |     | 第2段階    |  |
|                                    |   |                           | 合計所得金額＋課税年金収入額＋非課税年金収入額＞80万円／年 |       |            |    |     | 第3段階    |  |
|                                    |   | 課税                        | 課税者の特例 → 別紙作成                  |       |            |    |     | 第3段階    |  |
| 上記以外（別世帯の配偶者課税の場合も含む）              |   |                           |                                |       | 非該当        |    |     |         |  |
|                                    |   | 資産超過（単身1000万円超、夫婦2000万円超） |                                |       |            |    | 非該当 |         |  |
| 給付制限                               | <input type="checkbox"/> 支払方法変更 一旦全額自己負担後、補足給付相当分（差額分）を後日請求 |                           |                                |       |            |    |     |         |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> 給付額の減額 給付額の減額期間中の補足給付適用不可          |                           |                                |       |            |    |     |         |  |
| <input type="checkbox"/> 他市町村からの転入 |   |                           |                                |       |            | 適用 | 入力  |         |  |
| 令和 年 月 日（ ）市・町・村に課税照会              |   |                           |                                |       |            |    |     |         |  |
| 令和 年 月 日（ ）市・町・村から回答               |   |                           |                                |       |            |    |     |         |  |

■ 問い合わせ・申請窓口 各区役所保健福祉課介護保険担当

| 区    | 住所                        | 電話           |
|------|---------------------------|--------------|
| 門司区  | 門司区清滝一丁目1番1号（〒801-8510）   | 331-1894（直通） |
| 小倉北区 | 小倉北区大手町1番1号（〒803-8510）    | 582-3433（直通） |
| 小倉南区 | 小倉南区若園五丁目1番2号（〒802-8510）  | 951-4127（直通） |
| 若松区  | 若松区浜町一丁目1番1号（〒808-8510）   | 761-4046（直通） |
| 八幡東区 | 八幡東区中央一丁目1番1号（〒805-8510）  | 671-6885（直通） |
| 八幡西区 | 八幡西区黒崎三丁目15番3号（〒806-8510） | 642-1446（直通） |
| 戸畑区  | 戸畑区千防一丁目1番1号（〒804-8510）   | 871-4527（直通） |