

介護保険負担限度額認定申請書（令和6年度新規申請用）

フリガナ	フジノミヤ タロウ	個人番号	
被保険者氏名	富士宮 太郎	個人番号がわからない時、市職員が住基台帳等を用いて検索し記載することに同意します。（右枠に○をしてください）	
		被保険者番号	0 0 0 0 1 2 5 6
生年月日	明・大 昭 2年 3月 4日	個人番号がわからない場合○をつける	
住所	〒418-0073 富士宮市弓沢町150		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	電話番号 0544-22-1141	
電話番号		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の場合は、記入不要です。	

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」については、記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	フジノミヤ ハナコ		
	氏名	富士宮 花子		
	生年月日	明・大 昭 平 7年 8月 9日	個人番号	
	住所	富士宮市宮原12-1 特別養護老人ホーム △△△		電話番号 0544-22-1111

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」については、記入不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	フジノミヤ ハナコ		
	氏名	富士宮 花子		
	生年月日	明・大 昭 平 7年 8月 9日	個人番号	
	住所	富士宮市宮原12-1 特別養護老人ホーム △△△		電話番号 0544-22-1111

収入等に関する申告	市町村民税 課税 非課税		
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額が【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。（受給している年金に○をしてください） ※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"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。（受給している年金に○をしてください）	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超です。（受給している年金に○をしてください）	

預貯金等に関する申告	被保険者氏名 富士宮 太郎	配偶者氏名 富士宮 花子	
預貯金等に関する申告	金融機関	預貯金額	金融機関
	〇〇農協	1,987,601 円	××信用金庫
預貯金等に関する申告	□□銀行	4,259,855 円	
	その他（現金、有価証券等含む）		現金
負債等	種類	金額	種類
	住宅ローン	▲1,023,569 円	
合計		5,223,887 円	1,777,803 円

◎裏面も記入してください

富士宮市記入欄			
交付年月日	年 月 日	世帯課税状況	課税（ ） 非課税
適用年月日	年 月 日	生活保護	あり・なし 老齢福祉年金 あり・なし
有効期限	年 月 日	資産状況	基準（単身650万円、夫婦1,650万円）以下・基準超 基準（単身550万円、夫婦1,550万円）以下・基準超 基準（単身500万円、夫婦1,500万円）以下・基準超
判定結果	承認・不承認	収入等の合計	
負担段階	第 段階	給付減額の有無	あり（ ） ・ なし
判定者		課税特例減額措置	該当（居住費のみ、食費のみ、両方） ・ 非該当

(表面からの続き)

(あて先) 富士宮市長

表面のとおり食費・居住費に係る負担限度額の認定の申請をします。

令和 ○○年 ○月○○日

申請者 (記入者)

住所 富士宮市弓沢町150

氏名 富士宮 さくや

(被保険者との続柄 長女)

記入者の

住所、氏名、電話番号を記入

※電話番号は日中連絡のつく番号を書いてください。

電話番号 (0544) 22-1141

注意事項

- (1) この申請における「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。
- (2) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、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。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入居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

(あて先) 富士宮市長

私は表面申請結果について、私が利用する指定居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所及びサービス事業所に対して情報提供することについて同意します。

また、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、信託会社その他の金融機関（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。

なお、富士宮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。

令和 ○○年 ○月○○日

〈本人〉

住所 富士宮市弓沢町150

氏名 富士宮 太郎

〈配偶者〉

住所 富士宮市宮原12-1 特別養護老人ホーム △△△

氏名 富士宮 花子

※申請書の提出を代行する場合は、記入してください。(申請者・記入者と同一人の場合は記入不要です)

提出代行者氏名 富士 新太郎

電話番号 0544-58-6111

提出代行者住所 富士宮市外神東町115番地

本人との関係 長男