

# 介護保険負担限度額認定申請書（令和7年度新規申請用）

フリガナ			個人番号												
被保険者氏名	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														
生年月日	明・大・昭	年	月	日											
住所	〒										電話番号				
	〒										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（※）	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															
	氏名															
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	個人番号										
	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）															
	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"/>	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"/>	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80.9万円以下です。 <small>（受給している年金に○をしてください）</small> ※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		受給している全ての年金の保険者に○をしてください  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<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80.9万円超120万円以下です。 <small>（受給している年金に○をしてください）</small>			
	<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。 <small>（受給している年金に○をしてください）</small>			

預貯金等に関する申告	被保険者氏名		配偶者氏名	
	金融機関	預貯金額	金融機関	預貯金額
預貯金額 (普通・定期)		円		円
		円		円
		円		円
		円		円
その他 (現金、有価証券等含む)	種類	金額	種類	金額
		円		円
負債等	種類	金額	種類	金額
		円		円
合計		円		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 (記入者の情報を書いてください)

住所

氏名

電話番号 ( ) -

(被保険者との続柄 )

#### 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

住所

〈本人〉

氏名

住所

〈配偶者〉

氏名

※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 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

提出代行者住所 \_\_\_\_\_

本人との関係 \_\_\_\_\_