

中津市介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

中津市長様

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。
なお、この申請の決定に際し、私（被保険者）及び私（被保険者）の家族の所得状況について市民税課税台帳により確認されることを承諾します。
また、負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも、併せて承諾します。

フリガナ	被保険者番号																			
被保険者氏名			個人番号																	
			生年月日	年 月 日()才																
住 所	電話番号																			
介護保険施設の名称 (※)	(種別) 特養・老健・医療院・ショートステイ 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。																	

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、記載不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	年 月 日()才																
	氏 名			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	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	65歳以上 預貯金要件	単身: 1, 000万円以下 夫婦: 2, 000万円以下
	2	☐	市町村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】収入額の合計額が年額80万円(80.9万円)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。		単身: 650万円以下 夫婦: 1, 650万円以下
	3①	☐	市町村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】収入額合計額が年額80万円(80.9万円)超、120万円以下です。		単身: 550万円以下 夫婦: 1, 550万円以下
	3②	☐	市町村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】収入額合計額が年額120万円を超えます。		単身: 500万円以下 夫婦: 1, 500万円以下
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が単身で第2段階は650万円、第3段階①は550万円、第3段階②は500万円、夫婦の場合は1, 000万円上乗せした額以下です。 ※65歳未満の方は収入等に関係なく単身1, 000万円、夫婦2, 000万円以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり			
	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)

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先電話番号)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1)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。
- (2)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、直近2か月分の通帳等の写しを添付して下さい。
- (3)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。
- (4)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。
- (5)令和7年8月以降は80万円が条件となる箇所が80.9万円に変更となります。

※以下は市記載事項

決 裁	課長	主幹	担当	利用者負担段階	発送
				1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② 特3 ・ 4	郵送(/) ・ 窓口 その他()

裏面の「同意書」にも必ず記入してください。

同意書

中 津 市 長 様

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、中津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

＜被保険者本人＞
住所

氏名

＜配偶者＞
住所

氏名

中津市記入欄

交 付 年 月 日	世帯外配偶者	生 活 保 護	世帯課税
年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
適 用 年 月 日	世帯外配偶者課税状況	老 齢 福 祉 年 金	課税者氏名
年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無	
有 効 期 限	世帯外配偶者氏名	境 界 層	続 柄
年 月 日		有 ・ 無	
預貯金等(本人)		預貯金等(配偶者)	資産要件
預貯金		預貯金	◎配偶者あり ☐ 1,500万円以下 3-② ☐ 1,550万円以下 3-① ☐ 1,650万円以下 2 ☐ 2,000万円以下 1 65歳未満 ◎配偶者なし ☐ 500万円以下 3-② ☐ 550万円以下 3-① ☐ 650万円以下 2 ☐ 1,000万円以下 1 65歳未満
有価証券		有価証券	
その他		その他	
計		計	
預貯金等の合計金額			
収 入 等		所得要件	利用者負担段階
合 計 所 得		/	☐ 第 4 段 階 ☐ 特例第3段階
課税年金収入		☐ 120万円超	☐ 第 3 段 階②
非課税年金収入		☐ 80(80.9)万超 120万円以下	☐ 第 3 段 階①
計		☐ 80(80.9)万円 以下	☐ 第 2 段 階 ☐ 第 1 段 階