

様式 19 (第 21 条関係)

年 月 日

佐世保市長 様

介護保険負担限度額認定申請書

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。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号																	
		個人番号																	
		生 年 月 日																	
住 所	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 (※)	(※)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		配偶者の有無が「無」の場合、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														
	氏 名														
	生 年 月 日				個 人 番 号										
	住 所	電 話 番 号													
	本年1月1日現在の住所と異なる場合	電 話 番 号													
	課税状況	市町村民税													

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80.9 万円以下です。 (受給している年金に○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。				
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。				
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、 ③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。				
	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） 円	（ ）※ 円 ※内容を記入してください。		

認定証送付先	☐ 住所地 ☐ 施設 ☐ 代理申請者宅 ☐ その他（ ）
--------	--

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

代理申請者氏名		電話番号	(自宅・携帯・勤務先)
代理申請者住所	〒	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保有している場合は、その全てを記入し、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。

※裏面に同意書がありますので、忘れずに記入してください。

佐世保市記入欄			
1	☐	老齢福祉年金受給者かつ非課税者	☐ 被保護者 ☐ 境界層
2	☐	非課税者（合計所得金額＋年金収入額 80.9 万円以下）	☐ 境界層
3-①	☐	非課税者（合計所得金額＋年金収入額 80.9 万円を超え 120 万円以下）	☐ 境界層 ☐ 特例減額措置
3-②	☐	非課税者（合計所得金額＋年金収入額 120 万円を超える）	☐ 境界層 ☐ 特例減額措置
4	☐	単身 ☐ 複数 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 世帯員（ ☐ ）	☐ 別世帯配偶者

確認印

(裏面)

同 意 書

(宛先) 佐世保市長

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に伝えて構いません。

年 月 日

<申請者（被保険者）>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名