

令和 6 年度(2024年8月～2025年7月)
介護保険負担限度額認定申請書

釧路市長 宛

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

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。 令和 年 月 日

フリガナ			被保険者番号												
被保険者名			個人番号(マイナンバー)												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	以前の申請で個人番号記載				有 ・ 無						
住 所	〒 —				電話番号										

○施設利用状況	※□ にレ点を記入してください。													
□ 施設入所(特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護医療院)							□ ショートステイ				□ 未定			
介護保険施設の名称							入所年月日		年 月 日					

○配偶者に関する申告	※ 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。													
配偶者の有無	有 ・ 無 (※「無」に○の場合は、以下の記載は不要です。)													
配偶者の課税状況	【市町村民税】 課 税 ・ 非 課 税 (※いずれかに○を付けてください。)													
フリガナ			生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日							
配偶者の氏名			個人番号(マイナンバー)											
配偶者の住所	〒 —													
本年1月1日の住所 (現住所と異なる場合のみ)	〒 —													

○収入等に関する申告	※□ にレ点を記入してください。													
□ 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										非課税年金受給状況				
□ 市町村民税 世帯非課税者 であって、※所得指標金額が80万円以下のもの										【遺族年金※ 障害年金】				
□ 市町村民税 世帯非課税者 であって、所得指標金額が80万円超120万円以下のもの										※寡婦年金、かん夫年金、母子年金				
□ 市町村民税 世帯非課税者 であって、所得指標金額が120万円超のもの										準母子年金、遺児年金含む				

※所得指標金額:年金収入額(非課税年金含む)+その他合計所得金額特別控除後の合計額

○預貯金額等に関する申告	※ 複数の口座 を所有している場合、合計額 を記入してください。													
	被保険者本人							配偶者						
預貯金等の有無	有 ・ 無							有 ・ 無						
預 貯 金 額 (定期預金を含む)	円							円						
有価証券・債権等の額	円							円						

※預貯金等の有無が「有」に○の場合、「通帳等の写し」を裏面にのり付けてください。

○申請書提出代理人	※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。													
提出代理人氏名								本人との関係						
提出代理人住所	〒 —							電話番号						

----- 市 記入欄 (※ここからは記入しないでください。) -----														
□ 生活保護受給	□ 80万円以下		□ 80万円超120万円以下		□ 120万円超		□ 世帯課税							
□ 老福年金受給	課税年金収入額 + その他の合計所得金額特別控除後 + 非課税年金収入額												□ 別居の配偶者課税	
□ 第1段階	□ 第2段階		□ 第3段階 ①		□ 第3段階 ②		□ 預貯金額基準超							
□ 第4段階														

預貯金額基準		適用年月日		有効期限		(居 宅)		社福申請		確認者	
□ 単 身	□ 夫 婦	令和 年 月 日		令和 年 月 日		(送付日) /		有 ・ 無			
(申告額計 円)											
□ 該 当		□ 非該当									

「有」に○の場合、個人番号の記載は不要です。

※裏面にも記入欄があります。

同意書

釧路市長 宛

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。(課税状況については、私及び私の属する世帯の世帯員全員について)

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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてまいります。

【 本人 】

令和 年 月 日

氏名

住所

【 配偶者 】

氏名

住所

申請書についてのお問い合わせ先(提出代理人以外の場合のみご記入ください)

氏名

本人との関係

住所

電話番号

● 注意事項

1 「〇預貯金額等に関する申告」について

複数の口座をお持ちの方は、全ての口座分ご用意ください。また、申請者本人と配偶者の通帳等の写し※を添付してください。
※通帳等の写しについて

- ①通帳の表紙を開いて取扱支店等が記載されているページ
- ②申請日から2ヶ月以内の最終残高が分かるページ
- ③定期預金や有価証券等の金額が確認できるもの

2 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。

3 郵送での申請について

郵送の場合の申請日(受理日)は、原則、申請書が介護高齢課へ到着した日となりますのでご注意ください。

● 認定されるための要件

- 1 本人及び同一世帯の方全員が市民税非課税であること。
- 2 本人の配偶者※が市民税非課税であること。(※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。)
- 3 預貯金等の合計額については、下記表を参照ください。

利用者負担段階		65歳以上(第1号被保険者)		65歳未満(第2号被保険者)
第2段階	所得指標金額が80万円以下	単 身	650万円 以下	単 身 1,000万円 以下 夫 婦 2,000万円 以下
		夫 婦	1,650万円 以下	
第3段階①	所得指標金額が80万円超120万円以下	単 身	550万円 以下	
		夫 婦	1,550万円 以下	
第3段階②	所得指標金額が120万円超	単 身	500万円 以下	
		夫 婦	1,500万円 以下	

-----市 記入欄 (※ここからは記入しないでください。)-

個人番号確認	1. 個人番号	2. その他()
本人確認	1. 写真付き身分証明書(免・個・手)()	2. その他証明書等(保・通・年・限・割・社福・民間)()
代理人確認	1. 写真付き身分証明書(免・個・CM)()	2. その他証明書等(保・通)()