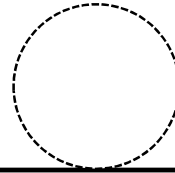


R7

(令和7年8月～令和8年7月)
介護保険負担限度額認定申請書



新規 更新 変更
(あて先) 長崎市長

申請日 年 月 日

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		被保険者番号	0 0 0				
被保険者氏名		個人番号					
生年月日	明・大・昭 年 月 日	連絡先	()				
住所	長崎市						
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	住所 (※ショートステイを利用している場合は、記入不要です。)		連絡先 ()				
	名称	入所(院)年月日	平・令 年 月 日				
配偶者の有無	有・無 (無の場合は配偶者に関する事項は、記入不要です。)	個人番号					
配偶者に関する事項	フリガナ	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税				
	氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	住所	連絡先 ()					
	本年の1月1日現在の住所	※上記と同じ場合は、記入不要です。					

収入等及び 預貯金額等に関する申告 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	<input type="checkbox"/> 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						
	受給している全ての年金の保険者【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80.9万円以下 、かつ、預貯金等の合計が 650万円(夫婦は1,650万円)以下 です。					
	<input type="checkbox"/>	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80.9万円を超え120万円以下 、かつ、預貯金等の合計が 550万円(夫婦は1,550万円)以下 です。					
<input type="checkbox"/>	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120万円を超え 、かつ、預貯金等の合計が 500万円(夫婦は1,500万円)以下 です。						
預貯金額		有価証券 円(評価概算額)		その他 円(現金・負債を含む)		円	

※第2号被保険者の場合、預貯金等の基準額は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。

申請者氏名		連絡先(自宅・勤務先)	()				
申請者住所		本人との関係					

※1 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。

<裏面も記入してください。>

注意事項

- 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。
- 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、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。
- 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。

市記入欄	生保 あり・なし	通帳添付	非課税世帯・課税世帯 ()	境界層	第1段階
	老福 あり・なし	同意書		給付制限	第2段階
	80.9万以下	650万(1650万)以下	要支援 1 2	～	第3段階①
	80.9万超120万以下	550万(1550万)以下	要介護 1 2 3 4 5		第3段階②
	120万超	500万(1500万)以下	～		第4段階

同意書

(あて先)長崎市長

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、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等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名(署名)

<配偶者>

住所

氏名(署名)

※「氏名」欄は署名してください。