

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に承諾します。

申請年月日を記入してください。

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	ナカツ タロウ	被保険者番号	5	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
被保険者氏名	中津 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
		生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日(○)才										
住 所	中津市豊田町14番地3												
介護保険施設の名称(※)	特別養護老人ホームなかつ園 (種別) 特養・老健・医療院・ショートステイ												
入所(院)年月日(※)	○ 年 ○ 月 ○ 日												
配偶者の有無	有・無												
配偶者に関する事項	フリガナ	ナカツ ハナコ											
	氏 名	中津 花子											
	住 所	中津市豊田町14番地3											
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	1月1日現在の住所が上記の住所と異なる場合のみ記入してください。											
課税状況	市町村民税 課税・非課税												

施設の種別について、該当するものに○をつけてください。

同一世帯でない配偶者・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)も「有」に○をしてください。

及び不要です。

に関する事項

については、記載不要です。

電話番号 0979-xx-xxxx

配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。

裏面の「同意書」にも必ず記入してください。

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	☐	市町村民課税年金収入・預貯金について、該当するものに「レ」でチェックをつけてください。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1,000万円以上乗せた額以下です。 ※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	5,700,000	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む) ※ 円

「預貯金額」欄に記入した金額と通帳残高の合計額が一致しているかを必ず確認して下さい。

負債や現金がある方は、()に内容を記入し、その金額を記入してください。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	本人との関係

- 注意事項
- 本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。
- ※居宅介護支援事業所等の事業者が申請する場合は、申請者氏名欄に「△△ケアプランセンター ○○(担当ケアマネジャー名等)」、申請者住所欄には事業所等の住所を記入してください。
- (1)この申請書
- (2)預貯金等
- ※成年後見(保佐・補助)人は、被保険者氏名欄に被保険者氏名と業務名と後見人氏名を記入してください。
- 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	課長	主幹	担当	利用者負担段階	発送
裁				1・2・3①・3② 特3・4	郵送(/)・窓口 その他()

同意書

中津市介護保険負担限度額認定申請書

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

申請年月日と同じ日付
を記入してください。

<被保険者本人>

住所 中津市豊田町14番地3

氏名 中津 太郎

<配偶者>

住所 中津市豊田町14番地3

氏名 中津 花子

◎通帳を持ってこられる場合は市役所でコピーをさせていただきますが、自分でコピーする際は、以下の点にご注意ください。

①預金通帳 表紙の裏側

普通預金	
おなまえ	
店番号 123	口座番号 1234567
〇〇〇〇銀行 * * * 支店	

口座番号や口座名
義人が記載されて
いるページをコピー
してください。

定期貯金のページをコ
ピーして下さい。

③定期貯金のページ

定期貯金				
取引日	お取引内容	期 間	金 額	満期日
0001	ご継続	1年	10,0000	04-5-20
03-05-20	スーパー定期	0.010		

②預金通帳の最後に記帳されているページ(直近2か月分)

普通預金(兼お借入明細)				
年月日	お支払金額	お預かり金額	摘要	差引残高
1 28-03-18	15,000		電気代	358,986
2 28-03-18	7,000		水道代	351,986
3 28-04-15		250,000	年金	601,986
4 28-04-16	10,000		クレジット	591,986
5 28-04-18	12,000		電気代	579,986
6 28-04-18	6,500		水道代	573,486
7 28-05-18	11,500		電気代	561,986
8 28-05-18	5,874		水道代	556,112
9 28-06-15		250,000	年金	806,112
10				

必ず記帳をし、最新の
状態にして下さい。

最後に記載されている残高を「預貯金等に関する申告」の「預貯金額」に転記してください。配偶者が有る方は配偶者の方の通帳の残高と合計した金額を記入してください。



「配偶者 有」の方はご本人と配偶者両方の通帳をコピーしてくだ