（１／２）　　　　　　　　　　　 **（令和　７年度）　介護保険負担限度額認定申請書**（R7.8～R8.7）

（宛先）男鹿市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写し等）を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 0　5　2　0　6　8 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　　 年　　　 月　　　 日 |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 入所施設に関する事項 | 利用サービス | □施設入所（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・・介護医療院）□ショートステイ（短期入所生活介護・短期入所療養介護（老健・療養型））　※ショートステイ利用の場合、以下の「入所施設に関する事項」への記入は不要です |
| 名称 |  |
| 所在地 | 電話番号 |
| 入所(院)年月日 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　　　□未定 |
| 配偶者の有無 | 有　　・　　無　　　※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」への記入は不要です |
| 配偶者に関する事項※この申請書における「配偶者」について、世帯分離している配偶者または内縁関係の者を含みます。 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　・　平　　　　　 年　　　　月　　　　日 |
| 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、記入してください） |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 |
| 被保険者の収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 | 預貯金等の基準額 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であり、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。 | 650万円（夫婦は1,650万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であり、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。 | 550万円（夫婦は1,550万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であり、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120万円を超えます。　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　**（** | 500万円（夫婦は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基準額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり |
| 現金及び預貯金額 | 円 | 有価証券(評価概算額) | 円 | その他（現金・負債を含む） | 円 |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） | 本人との関係 |

【注意事項】

1. 預貯金等は、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、申請日より2ヶ月前までの通帳等の写しを添付してください。
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。

（２／２）

|  |
| --- |
| 同　　意　　書（宛先）男鹿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。）に私及び配偶者（内縁関係者の者を含む。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、男鹿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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※必ず署名してください。　　　　　　 |

※男鹿市記入欄※

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 関係書類 | □同意書　　　□通帳等の写し | 受付 |
| □該当　負担段階（第　　　段階）　有効期間（　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）　　　□非該当 |
| 市町村民税課税状況 | （　　　　　　）人世帯　　　　　　　　　□世帯非課税　　　　　□世帯課税 |  |
| 老齢福祉年金受給 | □受給権なし（停止含む）　　　　　□受給権あり |
| 生活保護 | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ |
| 境界層 | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ |
| 本人（□課税　□非課税）　配偶者（□課税　□非課税）　資産状況（合計　　　　　　　　円）（□該当　□非該当） |

（１／２）　　　　　　　　　　　 **（令和　７年度）　介護保険負担限度額認定申請書**（R6.8～R7.7）

（宛先）男鹿市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　7年　　▲月　　▲日

次のとおり関係書類（同意書、通帳の写し等）を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | オ　ガ　　　タ　ロ　ウ | 保険者番号 | 0　5　2　0　6　8 |
| 被保険者氏名男 | **男鹿　太郎** | 被保険者番号 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ | ０ |
| 個人番号 | １ | １ | １ | １ | １ | １ | ２ | ２ | ２ | ２ | ２ | ２ |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　15年　３月　２２日 |
| 住所マイナンバーを記入。 | 〒010-0595　　男鹿市船川港船川字泉台６６番地１電話番号　２４－▲▲▲▲レ |
| 入所施設に関する事項 | 利用サービス | □施設入所（介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）□ショートステイ（短期入所生活介護・短期入所療養介護（老健・療養型））　※ショートステイ利用の場合、以下の「入所施設に関する事項」への記入は不要です |
| 名称 | 特別養護老人ホーム　◆◆苑 |
| 所在地 | 男鹿市船川港船川字船川○○番地　　　　　電話番号　２４－▲▲▲▲ |
| 入所(院)年月日 | 平成　　２６　　　年　　４　　月　　１　　日　　　　　　　　□未定 |
| 配偶者の有無 | 有　　・　　無　　　※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」への記入は不要です |
| 配偶者に関する事項※この申請書における「配偶者」について、世帯分離している配偶者または内縁関係の者を含みます。 | フリガナ | オガ　ハナコ | 個人番号 | １ | １ | １ | １ | １ | １ | ２ | ２ | ２ | ２ | ２ | ２ |
| 氏名配偶者「無」の場合、記入不要です。 | 男鹿　花子 | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　・　平 　　16年　２月　２日 |
| 住所 | 男鹿市角間崎字家ノ下４５２番地電話番号　４６－●●●● |
| 本年1月1日現在の住所 | （現住所と異なる場合、記入してください） |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 |
| 被保険者の収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者【例】株式・国債・地方債・社債等※証券会社や銀行の口座残高の写し等を添付してください。【例】金・銀（積立購入を含む）等、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属※購入先の銀行等の口座残高の写し等を添付してください。【例】投資信託※銀行・信託銀行・証券会社等の口座残高の写し等を添付してください。 | 1,000万円（夫婦は2,000万円以下 | 預貯金等の基準額 |
| □レ | 市町村民税世帯非課税であり、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。 | 650万円（夫婦は1,650万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と遺族年金または障害年金を受給している場合は○をつけてください。**【遺族年金・障害年金】**収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 | 550万円（夫婦は1,550万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であり、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120万円を超えます。　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　**（** | 500万円（夫婦は1,500万円）以下 |
| 預貯金等にレ関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり |
| 現金及び預貯金額 | 本人2,000,000妻　1,000,000円 | 有価証券(評価概算額) | 本人1,000,000妻　1,500,000円 | その他（現金・負債を含む） | ０　円 |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 若美　梨子 | 連絡先（自宅・勤務先）　２４－▲▲▲▲ |
| 申請者住所（事業所が提出する場合、　　特別養護老人ホーム　◆◆苑事業所名及び所在地）　　　　　　　　　男鹿市船川港船川字船川字船川○○番地 | 本人との関係　　施設職員 |

【注意事項】

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。

（申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。）

1. 預貯金等は、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、申請日より2ヶ月前までの通帳等の写しを添付してください。
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。

（２／２）

|  |
| --- |
| 同　　意　　書（宛先）男鹿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。）に私及び配偶者（内縁関係者の者を含む。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、男鹿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。●同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入してください。●本人・配偶者それぞれご記入ください。●自筆で記入が困難な場合は代筆も可能です。令和　　7 年　　▲　月　　　▲　日＜本人＞住所　　男鹿市船川港船川字泉台６６番地１氏名　　男鹿　太郎＜配偶者＞住所　　男鹿市角間崎字家ノ下４５２番地氏名　　男鹿　花子　　　　　　※必ず署名してください。　　　　　　 |

※男鹿市記入欄※

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | 関係書類 | □同意書　　　□通帳等の写し | 受付 |
| □該当　負担段階（第　　　段階）　有効期間（　　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）　　　□非該当 |
| 市町村民税課税状況 | （　　　　　　）人世帯　　　　　　　　　□世帯非課税　　　　　□世帯課税 |  |
| 老齢福祉年金受給 | □受給権なし（停止含む）　　　　　□受給権あり |
| 生活保護 | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ |
| 境界層 | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　 □あり　　開始年月日　　　　年　　　　月　　　　日～ |
| 本人（□課税　□非課税）　配偶者（□課税　□非課税）　資産状況（合計　　　　　　　　円）（□該当　□非該当） |