

介護保険負担限度額認定申請書

提出する日をご記入ください。

令和 年 月 日

南九州市長 様

個人番号の取扱いについては裏面参照（空白でも可）

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る

フリガナ	ミナミキュウシュウ タロウ	保 険 者 号	4	6	2	2	3	4						
被 保 険 者 氏 名	南九州 太郎	被 保 険 者 号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生 年 月 日	昭和 2 年 2 月 2 日	個 人 番 号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
住 所	南九州市知覧町郡 6 2 0 4 番地	連絡先	0993-83-2511											
入 所（院）した 介 護 保 険 施 設 の 所在地及び名称（※）	現在入所している介護保険施設の名称と入所年月日を記入 してください。	連絡先												
入 所（院） 年 月 日（※）	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 に 関 する 事 項	配 偶 者 の 有 無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、 記載不要です。											
	フリガナ	ミナミキュウシュウ ハナコ	個 人 番 号											
	氏 名	南九州 花子	生 年 月 日											
	住 所		令和 3 年 1 月 1 日時点で南九州市に住所が ないときは、課税状況を確認するため「令和 3 年度課税証明書」を提出してください。											
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）													
課 税 状 況	市町村民税	課 税 ・ 非 課 税												

※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。

収 入 ・ 預 貯 金 等 に 関 する 事 項	☐	非課税年金を受給している方は、遺族年金・障害年金 のいずれかに○をしてください。	対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）	
	☒	世帯全員が市町村民税 非課税	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	1000万円（2000万円）以下
	☐		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	650万円（1650万円）以下
	☐		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	以下
	預貯金額	円	（評価税算額）	（現金・負債を含む）

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	この申請書を記入された方の氏名等を記入 してください。	連絡先（自宅・携帯・勤務先）
申請者住所		本人との関係

受給している全ての年金の
保険者に○して下さい。日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

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
- (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、
- (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下さい。
- (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。

委任状が必要な場合については裏面参照