

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

年 月 日

(宛先) 白井市長

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 被保険者氏名	シロイ 白井	チョウジュウロウ 長十郎	被保険者番号 個人番号	わからない場合は記入不要です
生年月日	S 〇年 〇 月 〇 日			
住所	〒270-〇〇〇 白井市復〇〇〇-〇〇〇 連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒 介護保険施設へ入所している場合は、記入してください。 病院に入院中やショートステイを利用している場合、入所“予定”の場合は記入不要です。			
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	シロイ タカ			
氏名	白井 たか			
生年月日	S 〇年 〇 月 〇 日	個人番号		
住所	〒 白井市復〇〇〇-〇〇〇 連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
本年1月1日 現在の住所	〒 ※現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			

収入等に関する申告 (該当する箇所 にチェック をお願いします)	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	☒	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 (受給している年金に〇してはならない) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母			
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え			
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超え			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の 写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、 ②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円、 ④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円） ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円			
	預貯金額	本人	〇〇〇〇円	配偶者	〇〇〇〇円
	有価証券 (評価概算額)	本人	円	配偶者	円
	その他 (現金・負債等)	本人	〇〇〇〇円	配偶者	円

お持ちの通帳全ての残高を記入してください。
(※配偶者も同様)
～提出書類～
①銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分
②最終残高(直近2カ月以内)が分かる部分
※普通・定期・貯蓄等、全ての通帳の写しが必要
有価証券については、評価額の分かる書類を
添付してください。

申請者が本人以外の場合
は記入をお願いします。

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	白井 ゆたか	連絡先(自宅・勤務先)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	白井市神々廻〇〇〇-〇〇〇	本人との関係	子

※裏面にも記入欄(同意書)がございますので、必ずご記入ください。

※市町村民税 記入欄 記入内容	確認事項	記入不要	収受日
	本人		円
	配偶者		円
	世帯		円
	承認		円
不承認	月 日から		

同意書

(宛先)白井市長

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)及び世帯員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、調査・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。

必要に応じ、他市町村や金融機関等に課税状況や資産状況についての報告を求める場合があります。

R○ 年 ○ 月 ○ 日 ←申請日を記入してください。

<本人>

住所 白井市復○○○-○○○

氏名 白井 長十郎

原則、ご本人及び配偶者の方の署名または記名押印をお願いしています。

署名が難しい状況であればご本人及び配偶者の方の同意のもと申請者の代筆が可能です。

<配偶者>

住所 白井市復○○○-○○○

氏名 白井 たか

注意事項

- (1)この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3)書き切れない場合は、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。