

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

申請日を記入してください。

令和●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	セウチ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0
被保険者氏名	瀬戸内 太郎	個人番号	不明なら空欄で可
		性別	男・女
		生年月日	大昭●●年●●月●●日
住所	瀬戸内市 邑久町尾張 300 番地 1	連絡先	0869-24-8866

入所(院)した介護保険施設の名称(※)	特別養護老人ホーム●●●●	月●●日	人不要です。
---------------------	---------------	------	--------

配偶者の有無	有・無	※「無」の場合	要です。
--------	-----	---------	------

配偶者に関する事項	フリガナ	セウチ ハナコ	個人番号	不明なら空欄で可
	氏名	瀬戸内 花子	生年月日	大昭●●年●●月●●日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	〒	連絡先
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	被保険者の住所と異なる場合は記入		
課税状況	課税状況 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税			

収入等に関する事項	生活保護受給者／老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税者	預貯金等に関する申告	単身：1,000万円以下 <input type="checkbox"/>
世帯全員が市民税非課税者である場合	年額80万円以下	単身：650万円以下 <input checked="" type="checkbox"/>	夫婦：2,000万円以下
			夫婦：1,650万円以下
非課税年金の受給の有無について必ずチェックを入れてください。	金額と	収入や預貯金をご確認いただき、該当する箇所へチェックを入れてください。	単身：550万円以下 <input type="checkbox"/>
			夫婦：1,550万円以下 <input type="checkbox"/>
【非課税年金の受給の有無】 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 無	第2号被保険者(40~64歳の人)	年額80万円以下 <input type="checkbox"/>	単身：500万円以下 <input type="checkbox"/>
			年額80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/>
		年額120万円超 <input type="checkbox"/>	夫婦：1,500万円以下 <input type="checkbox"/>
			夫婦：2,000万円以下 <input type="checkbox"/>

○預貯金、有価証券等の金額の内訳	預貯金額	円	() ※
	通帳等の残高の合計を記入してください。配偶者がいる場合は夫婦合わせた額を記入してください。		円

申請者氏名	瀬戸内 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	090-0000-0000
申請者住所	〒701-4292 瀬戸内市邑久町尾張 300 番地 1	本人との関係	長男

裏面もご記入ください。 ➡

同意書

瀬戸内市長 あて

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。）に私および私の配偶者（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

記入日または申請日を記入してください。

<本人>

住所

瀬戸内市 邑久町尾張 300 番地 1

氏名

瀬戸内 太郎

<配偶者>

住所

瀬戸内市 邑久町尾張 300 番地 1

氏名

瀬戸内 花子

配偶者の有無が「無」の場合は空けたままで結構です。

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) 収入等の申告にかかる遺族年金は寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。