

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。

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	セトウチ タロウ	被保険者番号	0000123456
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 長船町土師291 連絡先 0869-26-5926		
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

無…死別、独身のとき
有…生存、内縁等も含む
世帯分離や別の住所に住んでいる場合
も、配偶者がいれば必ず記入してくだ
さい。

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

配偶者に関する事項	フリガナ	セトウチ 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	☒ 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 ☒ 非課税		

被保険者の課税状況について
チェックを入れてください。
※ただし、課税の場合はその時点で
非該当になります。

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
世帯全員が市民税非課税者であつて課税非課税	年額82.65万円以下	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下
	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。	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下
	【非課税年金の受給の有無】 ☒ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ 無	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下
	第2号被保険者（40～64歳の人） 年額82.65万円以下 ☐ 82.65万円超120万円以下 ☐ 120万円超	単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下
		単身：1,000万円 夫婦：2,000万円以下

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。

第2号被保険者の方は該当箇所チ
ェックを入れてください。

〇預貯金、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。	
を記入してください。	

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	連絡先 (自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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。

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

氏名

<配偶者>

住所

瀬戸内市

氏名

配偶者の有無が「無」の場合は空けたままにしてください。

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。