

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

糸魚川市長 様

新規 更新

令和 〇 年 〇 月 〇〇 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申請（提出）する日を記入してください。

フリガナ	ヒメカワ タロウ		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
被保険者氏名	姫川 太郎		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和5 年 5 月 5 日														
住 所	〒941-8501 糸魚川市一の宮1丁目2番5号		電話番号 025-552-1511												
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒941-8501 糸魚川市大字能生1941番地2 介護老人保健施設△△△														
入所（院）年月日（※）	令和2 年 3 月 4 日		入所している施設名と所在地、入所日を記入してください。（短期入所の場合は不要です）												

配偶者の有無（内縁関係を含む）	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無		配偶者（妻又は夫）の有無について〇をしてください。「有」の場合は配偶者に関する事項を記入してください。												
配偶者に関する事項	フリガナ	ヒメカワ ハナコ	生年月日	個人番号											
	氏 名	姫川 花子	昭和7 年 7 月 7 日	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	住 所	個人番号は被保険者、配偶者それぞれ本人が記入してください。													
	本年1月1日現在の住所	本人が認知症等で意思表示能力が著しく低下しており、代理権の授与が困難である場合には、空欄のままとしてください。													
	市町村民税課税状況	個人番号を記入した場合は、申請書の提出の際に、個人番号カード、運転免許証等の本人確認書類が必要となります。													

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	1,000万円以下(夫婦は2,000万円以下)	預貯金等	650万円以下(夫婦は1,650万円以下)		第2号被保険者(65歳未満)は
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下	得金額と	非課税年金受給の有無と、「有」の場合はその種類にも〇をしてください。			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計非課税年金収入額の合計額が年額80万円を超え1,500万円以下	1,500万円以下)	0万円)以下			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計非課税年金収入額の合計額が年額120万円超	1,500万円以下)	0万円)以下			
非課税年金受給の有無及び種類	<input checked="" type="radio"/> 有 (遺族年金・障害年金) ・ 無					

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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、別紙のとおり	預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）
	被保険者	1,500,000円	1,000,000円	0円
	配偶者	1,500,000円	0円	150,000円
	計	3,000,000円	1,000,000円	150,000円

市記入欄 本人及び配偶者の全ての預貯金、有価証券等、現金等の額を記入してください。

交付年月日	市町村民税世帯 課税・非課税	生活保護受給	有・無	利用者負担段階
年月日	預貯金等	合計所得金額	<input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階（非該当）	
有効期限	裏面も必ず記入してください			
年月日				

預貯金等の合計額が、収入額の区分毎の基準額以下の場合、チェックしてください。

同意書

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。）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、糸魚川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 ← 「同意書」欄内に記入した日を記入してください。

<本人>

住所 糸魚川市一の宮1丁目2番5号

氏名 姫川 太郎

<配偶者>

住所 糸魚川市一の宮1丁目2番5号

氏名 姫川 花子

本人（配偶者がいる場合は夫婦両方）の住所、氏名を記入してください。
※本人自筆が難しい場合は、申請されるご家族様が代筆でご記入ください。

申請書の提出の際に、申請者の身元確認を行いますので、申請者の運転免許証等をお持ちください。
（申請書を郵送する場合は、コピーを同封してください。）

申請者が被保険者本人以外の場合に記載してください。

申請者氏名	姫川 一郎	本人との関係	長男
申請者住所	〒949-0305 糸魚川市大字青海 4648 番地 11	電話番号	025-562-2260

結果送付先 被保険者 申請者

結果通知、負担限度額認定証の送付先を記入してください。
・被保険者：被保険者（住民登録上の住所）へ送付します。
・申請者：申請者宛に送付します。

添付書類

- ・預貯金（普通・定期）…通帳の写し等（本人分・配偶者分の全ての通帳）
※金融機関、口座番号が分かる部分及び直近2か月程度の残高が分かる部分
- ・有価証券（株式・国債など）、投資信託…銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し
- ・負債（借入金・住宅ローンなど）…借用証書など

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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (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。