

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

〇年 〇月 〇日

匝瑳市長 あて

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。

市町村民税課税世帯の特例減額措置に該当する者は、右の □ をチェックし、別紙の申出書を添付してください。 □

フリガナ	ソウサ タロウ	被保険者番号	1000234567
被保険者氏名	匝瑳 太郎	個人番号	
生年月日	明・大(昭) 12年 3月 4日		
住所	匝瑳市 八日市場ハ793-2 電話0479-73-0000		
入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称		電話	
入所(入院)年		介護保険施設に入所(入院)していない場合及び 一トステイを利用している場合は、記入不要です。	

(※) 配偶者は、別世帯の方や事実上の婚姻関係にある方も含まれます。

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、記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	ソウサ ハナコ
	氏名	匝瑳 花子
	生年月日	明・大・(昭) 23年 4月 5日 個人番号
	住所	匝瑳市今泉6474 電話0479-67-0000
	本年1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合のみ記入
課税状況	市町村民税 課税 ・ (非課税)	

収入等に関する申告 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	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下			
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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80万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) ※寡婦年金、介護給付金等も含まれます。以下同じ。	650万円(夫婦は1,650万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○して下さい)	550万円(夫婦は1,550万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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120万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)	500万円(夫婦は1,500万円)以下			
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が認定要件の基準の範囲内です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	預貯金等の基準額			
	預貯金額	1,200,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(住宅ローン)※ -1,000,000円 ※内容を記入してください

該当する□に「レ」を記入し、右の欄の基準額を確認してください。

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) 預貯金等に関する申告は、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。
- (3) 書き切れなかった場合は、別紙に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告をした場合は、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、10倍の加算金を課税することがあります。

※裏面も記入してください

市記入欄	預貯金・有価証券等の合計額を記入してください。 金額が確認できる通帳等の写しを添付してください。 配偶者のいる方は、二人の合計を記入してください。	有効期限	令和 年 7月31日まで
		円	預貯金等 円
	段階	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-① <input type="checkbox"/> 3-② <input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> 特例減額	

記入例

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名 匝瑳 一郎	電話番号（自宅・ 携帯 ・勤務先） 090-1234-5678
申請者住所 匝瑳市八日市場イ1-1	本人との関係 長男

同意書

匝瑳市長 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、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

<本人>

住所 **匝瑳市八日市場ハ793-2**

氏名 **匝瑳 太郎**

匝瑳

<配偶者>

住所 **匝瑳市今泉6474**

氏名 **野栄 花子**

野栄

自署の場合は
押印不要

備考 本人及び配偶者は、氏名を自署することにより、押印を省略する

配偶者（内縁含む）が
いる方は記入・押印を
お願いします。