

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

(申請先) 剣淵町長 様

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 | カイゴ タロウ | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 2 3 4 |
| 被保険者氏名 | 介護 太郎 介護 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 |
| 生年月日 | 明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 〒098-03〇〇 剣淵町〇〇町〇〇番〇〇号 | ※個人番号の記入をお願いします。 配偶者がいる場合は、配偶者の個人番号も 記入をお願いします。 電話番号 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 (※) | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇〇町〇番〇号 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇 | | |
| 入所(院)年月日 (※) | 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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。 | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | カイゴ ハナコ | 生年月日 | 明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 氏名 | 介護 花子 | 個人番号 | |
| | 住所 | 〒 | ※平成28年8月からは非課税年金(遺族年金・障害年金)も 判定の対象となります。受給している年金に〇をして下さい。 | |
| | 本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合) | 〒 | | |
| 課税状況 | 市町村民税 | 課税 | ・ | 非課税 |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|-------|
| ※収入・預貯金等について、該当するものに「し点」をつけてください。 | | 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | |
| 収入等に関する申告 | <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80万円以下です。 ※ 寡婦年金、がん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | 受給している全ての年金の保険者に〇して下さい 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 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80万円を超えます。 | | |
| 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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | |
| | 預貯金額 | 1.234万円 | 有価証券(評価概算額) | 円 |
| | | その他(現金・負債を含む) | (現金) ※ | 100万円 |

※配偶者がいる場合は、夫婦の合計額をご記入ください。
※申請日から直近2ヵ月以内の本人(並びに配偶者)のすべての通帳等の写しを添付ください。
(預貯金等の金額と通帳の残高が一致しているか確認してください)

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 | 介護 次郎 | 連絡先 | 自宅 ・ 勤務先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 |
| 申請者住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号 | 本人との関係 | 長男 |

ご家族や親族など、本人以外の方が申請する場合ご記入ください。
※居宅介護支援事業所等が申請する場合は、申請者氏名欄に「事業所名」、申請者住所欄は「事業所等の住所」を記入ください。

※裏面の同意書にも記入、押印をお願いします。

記入例

同意書

剣淵町長様

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

また、剣淵町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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

【本人】

※ご本人が記入できない場合は、ご家族・申請書提出者等が代筆してもかまいません。

住所 剣淵町〇〇町〇〇番〇〇号

氏名 介護 太郎



【配偶者】

住所 剣淵町〇〇町〇〇番〇〇号

氏名 介護 花子



※配偶者が「有」の場合は、預貯金等の有無に関わらず、配偶者も署名してください。

配偶者がいる場合は、夫婦それぞれの印鑑を使用してください。
(単身の場合は、本人の欄のみの記名・押印ください。)