

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

介護保険被保険者証に記載された番号です。

始良市長 殿

次のとおり、注意事項を確認の上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。

本人に関する事項	フリガナ	あいら たろう	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 0 0
	被保険者氏名	始良 太郎	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	生年月日	明・大・昭 14 年 4 月 1 日	性別	男 ・ 女
	住所	〒 899 - 5492 始良市宮島町25番地	連絡先	0995 - 66 - 3111
	入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 899 - 5392 始良市蒲生町上久徳2399番地 かもつ苑	連絡先	0995 - 52 - 1211
	入所（院）年月日（※）	昭・平・令 元 年 8 月 1 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（事実婚の相手を含む）	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。	
フリガナ	あいら はなこ	生年月日	明・大・昭 5 年 8 月 1 日
氏名	始良 花子	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
住所	〒 899 - 5492 始良市宮島町25番地	連絡先	0995 - 66 - 3111
（現住所と異なる場合のみ） 本年1月1日現在の住所	〒 -		
市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税	非課税	

非課税年金（障害年金・遺族年金等）含む

該当する項目に☑。

※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。以下同じ。

本人の収入・預貯金等に関する申告事項	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	対象者の預貯金額（夫婦の場合）	
	<input type="checkbox"/> 世帯全員が市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者		1000万円（2000万円）以下
	<input type="checkbox"/> 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		650万円（1650万円）以下
	<input type="checkbox"/> 世帯全員が市町村民税非課税 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80万円超120万円以下		550万円（1550万円）以下
<input type="checkbox"/> 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120万円超		500万円（1500万円）以下	
預貯金額	5000000 円	有価証券（評価概算額）	0 円
		その他（現金・負債含む）	【（内容） 借入金 】

【別紙参照】
該当がない場合「0円」と記入。

※申請者が被保険者本人の場合、申請者氏名・住所等は記入不要です。

申請者氏名	始良 史郎	本人との関係	長男
申請者住所	〒 899 - 5492 始良市宮島町25番地	連絡先	0995 - 66 - 3111
送付先	<input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> 申請者宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

受給している全ての年金の保険者に☑をして下さい。

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

<始良市審査・記入欄> ※以下については記入不要です。

<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税で高齢福祉年金の受給者／生活保護の受給者（A）	課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年額80万円以下（B）
<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年額80万円超120万円以下（C）	課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が年額120万円超（D）
課税世帯に属する者	申告者あり（市町村民税： 課税 ・ 非課税）
預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/> 1000（2000）万円以下（A） <input type="checkbox"/> 6
審査結果	承認 1段階A・2段階B・3段階①C・3
	却下 年 月 日交付

※以下については、始良市審査・記入欄につき、記入は不要です。

個人番号カード・通知カードに記載された番号です。
※個人番号が不明な場合は記入不要です。

注意事項

- 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。
- 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。
- 預貯金等に関する申告事項で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。
- 虚偽の申告により不正に特定入所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。
- 負担限度額認定証の交付後申告事項等に変更があり、認定対象外となる場合は速やかに申し出てください。

課長	補佐	係長	係

同意書

始良市長 殿

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（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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

本人	住所	〒 899 - 5492 始良市宮島町25番地
	氏名	始良 太郎

配偶者	住所	〒 899 - 5492 始良市宮島町25番地
	氏名	始良 花子

押印不要です