

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 山県市長

●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 被保険者氏名	ヤマガタ タロウ 山県 太郎	被保険者番号	●●●●●●●●●●
		個人番号	●●●●●●●●●●
		性別	男 ● 女
生年月日	明・大・昭●●年 ●●月 ●●日		
住所	〒 501-2192 山県市高木 1000-1	連絡先	●●●●● (●●) ●●●●●
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ※施設入所している場合は、施設名等も記載してください。 なお、記載されている場合、現在の利用状況と相違する場合はお知らせください。	連絡先	
入所(院)年月日(※)	昭●●令 ●●年 ●●月 ●●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、記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ 氏名	ヤマガタ ハナコ 山県 花子
	生年月日	明・大・昭●●年 ●●月 ●●日
	住所	〒 配偶者の住所（被保険者と同様の場合は、同上） 連絡先
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください
課税状況	市民税 課税 ● 非課税 ○	

収入に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等資産要件 単身で1,000万円以下※1	
	<input type="checkbox"/>	市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 80.9万円以下です。(受給している年金に○してください)	預貯金等資産要件 単身で650万円以下※1	
	<input type="checkbox"/>	収入について、4つの項目から1つを選び、受給している年金にレ点してください。わからない時は、レ点なしでも差し支えありません。	預貯金等資産要件 単身で550万円以下※1	
	<input type="checkbox"/>	市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○してください)	預貯金等資産要件 単身で500万円以下※1	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりに		
	預貯金額	1,500,000 円	有価証券(評価概算額) 円	その他(現金・負債を含む) () ※2 円

※1 夫婦世帯における配偶者の上乗せ分は1,000万円 ※2 内容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 山県 一男	連絡先(自宅・勤務先) 000-1234-5678
申請者住所 〒123-456 岐阜市●●町1 -2 -3	本人との関係 子、子の妻、施設職員など

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。

保険者確認欄	備考	受付	入力	確認
	ここには記入しないでください。			

裏面にも記入してください。

(裏面)

預貯金等に関する申告

種類	氏名 (口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金	山県 太郎	山県銀行 山県支店	500,000
	山県 花子	山県銀行 山県支店	500,000
	山県 次郎	山県銀行 山県支店	500,000
有価証券		種類	評価概算額
その他 (負債・現金等)		種類	金額
合計			1,500,000

世帯全員分を記載、世帯分離している方の氏名は必要ありません。

○ 必要書類

- ・ 預貯金の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
- ・ 預貯金 (普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名・支店名・名義・最終残高(2ヶ月前まで)の分かる部分)
- ・ 有価証券 (株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・ 負債 (借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

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、山県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。

山 県 市 長 あて

●年 ●●月 ●●日

<被保険者>

住所 山県市高木 1000-1

氏名 山県 太郎

<配偶者>

住所 山県市高木 1000-1

氏名 山県 花子

<代筆者>

氏名 山県 一男

続柄 (子、子の妻、施設職員など)

記入している人が被保険者本人、配偶者と違う場合は、記入した人の名前と本人との関係を記入してください。

受付確認	本人	<input type="checkbox"/> 個番	1点	<input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 個カ <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 在カ	確認者
			2点	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介保 <input type="checkbox"/> 負証 <input type="checkbox"/> 高証 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 福証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	代理人	<input type="checkbox"/> 代身 <input type="checkbox"/> 委任			