

# 介護保険負担限度額認定申請書

記入例

(あて先) 大館市長

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。

申請年月日		令和 ● 年 ● 月 ● 日	
フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	オオダテ タロウ <b>大館 太郎</b>	被保険者番号	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
生年月日	明・大・ <b>昭</b> ● 年 ● 月 ● 日	性別	<b>男</b> ・ 女
住所	<b>大館市字三ノ丸103番地4</b> 電話番号: <b>0186 - 43 - 7055</b>		
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	<b>大館市字三ノ丸103番地4 特別養護老人ホーム●●●●</b> 電話番号: <b>0186 - 43 - 7055</b>		
入所(院)年月日 (※)	● 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。	
収入等に 関する申告	<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		
	<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非課税年金収入額の合計額が <b>年額80万円以下</b> です。		
	<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非課税年金収入額の合計額が <b>年額80万円を超えます</b> 。		

非課税年金 受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	「有」のかたは、年金種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入し、該当する全ての年金保険者に○をしてください。	
	<input checked="" type="checkbox"/>	障害年金 ( <b>日本年金機構</b> ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済 )	
	<input type="checkbox"/>	遺族年金 ( 日本年金機構 <b>受給「有」の場合に 記入してください。</b> 国家公務員共済 ・ 私学共済 )	※遺族年金には、寡婦年金、かん夫 児年金を含みます。

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	オオダテ ハナコ	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	
	氏名	<b>大館 花子</b>	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	
	世帯状況	同一世帯 ・ <b>別世帯</b>	※被保険者と配偶者の世帯状況について該当する方に○をしてください。	
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	※被保険者と住所が異なる場合は記入してください。 <b>大館市字中城20番地</b> 電話番号: <b>0186 - ●● - ●●●●</b>	
	本年1月1日 現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 住所と同じ	※現住所と異なる場合は記入してください。申請が1月から7月までの場合は前年1月1日現在の住所。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ <b>非課税</b>	<b>配偶者が課税されている場合 は負担限度額の適用を受け ることができません。</b>		

被保険者(申請者)以外のかたが提出する場合、次の欄を記入してください。

提出者氏名	<b>介護 二郎</b>	本人との関係	<b>施設職員</b>	日中に連絡の取れる電話番号	<b>0186 - 43 - 7055</b>
提出者住所(事業所が提出する場合、所在地及び事業所名)					
〒 <b>017 - 0897 大館市字三ノ丸103番地4 特別養護老人ホーム●●●●</b>					

※裏面(預貯金等に関する申告)に続きます。必ずご記入ください。

市 記 入 欄	申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更	配偶者	無 ・ 有 ( 課税 ・ 非課税 )	
	被保 本 生 老	市記入欄には何も記入しないでください。			
	判定基準額	円	備考	日	

(表面からの続き) ※生活保護を受給しているかたは、以下の記入と添付書類を省略することができます。

種類	区分	金融機関名	支店名	金額
預貯金	本人・配偶者	●●銀行		3,001,234円
	本人・配偶者	●●農協		1,678,901円
	本人・配偶者	ゆうちょ銀行	●●●店	323,456円
	本人・配偶者	●●銀行	●●支店	876,543円
有価証券 (株式・国債等)	本人・配偶者	国債 (●●銀行●●支店)		1,001,541円
	本人・配偶者			円
その他 [ 投資信託・現金・負債等 ]	本人・配偶者	現金		218,765円
	本人・配偶者	現金		145,678円
	本人・配偶者	住宅ローン (負債)		△3,123,456円
合計				4,122,662円

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保有している場合は、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) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (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。
- (5) 決定通知書は、原則として被保険者住所に送付します。ただし、介護保険施設入所(院)者は施設宛に送付します。

必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。(本人分・配偶者分)

- ・ 預貯金(普通・定期等) …通帳の写し(銀行名・支店名・口座名義、申請日から2か月以内の最終残高が分かる部分)
- ・ 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) …借用書の写しなど

同意書

(あて先)大館市長

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。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

<本人>

住所 大館市字三ノ丸103番地4

氏名 大館太郎

代筆者 大館花子 (関係 妻)

<配偶者>

住所 大館市字中城20番地

氏名 大館花子

代筆者 (関係 )