

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

小千谷市長 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。

申請者氏名 <b>小千谷 次郎</b>	電話番号(自宅・勤務先) <b>85-0604</b>
申請者住所 〒947-0028 小千谷市城内7-5-2	本人との関係 <b>子</b>
フリガナ <b>オヂヤ タロウ</b>	被保険者番号 0 0 0 0 0 9 9 9 9 9
被保険者氏名 <b>小千谷 太郎</b>	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日 明・ <b>大</b> ・昭 4年 5月 10日	性別 <b>男</b> ・女
住所 〒947-0028 小千谷市城内1-1-1 特別養護老人ホームあじさい	電話番号 <b>81-1111</b>
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) <b>特別養護老人ホームあじさい</b>	電話番号 <b>81-1111</b>
入所(院)年月日(※) 昭 <b>平</b> 令 27年 8月 8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 <b>有</b> ・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 <b>オヂヤ ハナコ</b>	個人番号	
	氏名 <b>小千谷 花子</b>	生年月日	明・ <b>大</b> 昭 年 月 日
	住所 〒947-0028 小千谷市城内7-5-2	市町村民税課税状況	課税・ <b>非課税</b>
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	<b>不明な場合は記入しなくても結構です。</b>	
		電話番号	<b>85-0604</b>

収入等に関する申告	<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	受給しているすべての年金の保険者に○を付けてください。 <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 checked="" type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び <b>【遺族年金・障害年金】</b> の合計額が <b>年額80万円以下</b> です。 ※遺族年金または障害年金のうち、受給している年金を○で囲んでください。 遺族年金には、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。				
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び <b>【遺族年金・障害年金】</b> の合計額が <b>年額80万円を超えます</b> 。 ※遺族年金または障害年金のうち、受給している年金を○で囲んでください。 遺族年金には、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。				
預貯金等に関する申告	預貯金額	<b>2,119,590</b> 円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金負債を含む)	( <b>現金</b> ) <b>600,000</b> 円

※詳細は裏面に記入ください。

➤ **裏面（預貯金等に関する申告等）に続きますので裏面も必ずご記入ください。**

小千谷市記入欄							
決裁	課長	課長補佐	係長	係員	起案	公印使用	発送
					決裁		
					発送		
下記のとおり負担限度額の適用を認定してよろしいでしょうか。							
承認	適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階 市民税世帯非課税老齢年金受給者生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 第2段階 市民税世帯非課税合計所得金額及び非課税年金収入≤80万円 <input type="checkbox"/> 第3段階 市民税世帯非課税第2段階以外者・特例減額措置提供者					
	有効期限	<input type="checkbox"/> 配偶者非課税・同世帯・別世帯 <input type="checkbox"/> 資産該当・単身者1,000万円以下・夫婦2,000万円以下					
	平成 年 月 日まで						
却下	<input type="checkbox"/> 課税	・本人課税 ・世帯員課税 ・別世帯配偶者課税					
	<input type="checkbox"/> 資産非該当	・単身1,000万円超 ・夫婦2,000万円超					

(表面からの続き)

◎預貯金等に関する申告

金融機関名・支店名・口座番号・名義がわかるページのコピーをお願いします。

<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは原則2ヶ月分を添付のこと。		
本人 (被保険者)	種類	金融機関及び支店名	預貯金額
	預貯金	有・無 ○有 ・ 無	第四銀行 小千谷支店 (普・定) 823,052円
			ゆうちょ銀行 一二八店 (普・定) 210,386円
	有価証券等	種類	金額 円
	その他 (現金・負債等)	有・無 ○有 ・ 無	種類
		現金	500,000円
配偶者	種類	金融機関及び支店名	預貯金額
	預貯金	有・無 ○有 ・ 無	第四銀行 小千谷支店 (普・定) 457,719円
			越後おぢや農協 城川支店 (普・定) 628,433円
	有価証券等	種類	金額 円
	その他 (現金・負債等)	有・無 ○有 ・ 無	種類
		現金	100,000円
合計			2,719,590円

○添付書類

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。

- ・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か月前まで）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

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所有している場合は、その全てを記入してください。
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上添付してください。
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。

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

<本人> ※自署

住所 小千谷市城内1-1-1 特別養護老人ホームあじさい

氏名 小千谷 太郎 代筆 小千谷 次郎

<配偶者> ※配偶者が無の場合、以下は記入不要です。

住所 小千谷市城内7-5-2

氏名 小千谷 花子