

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

前回申請時の情報を記載しております。内容に変更がある場合は二重線で訂正してください(訂正印は不要)。

(フリガナ) オヂヤジロウ 申請者氏名 小千谷 次郎	電話番号(自宅・勤務先) 85-0604
申請者住所 〒 947-0028 小千谷市城内 7-5-2	本人との関係 子

フリガナ 被保険者氏名	オヂヤタロウ 小千谷 太郎	被保険者番号	99999											
生年月日	S4.5.10	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
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 81-1111													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホームあじさい 電話番号 81-1111													
入所(院)年月日(※)	昭・平・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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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	オヂヤハナコ	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	3
	氏名	小千谷 花子	生年月日	S5.6.7											
	住所	〒947-0028 小千谷市城内 7-5-2 電話番号 0258-85-0604													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒													

被保険者が遺族年金または障害年金を受給している場合は必ず○をつけてください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	A 生活保護受給者/B 市町			
	<input checked="" type="checkbox"/>	C 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【遺族年金・障害年金】の合計額が年額 80.9 万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	D 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【遺族年金・障害年金】の合計額が年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	E 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【遺族年金・障害年金】の合計額が年額 120 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 B の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、C の方は 650 万円(同 1650 万円)、D の方は 550 万円(同 1550 万円)、E の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。 ※2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、C~Eの方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	預貯金額	2,119,590 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金負債を含む)

▶裏面に続きますので必ず御記入ください。

小千谷市記入欄 上記の申告に基づき審査した結果、下記のとおり負担限度額の適用を決定してよろしいでしょうか。

承認	適用年月日	令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者非課税 <input type="checkbox"/> 第1段階 単身 1,000 万円、夫婦 2,000 万円以下 <input type="checkbox"/> 第2段階 単身 650 万円、夫婦 1,650 万円 <input type="checkbox"/> 第3段階 単身 550 万円、夫婦 1,550 万円 <input type="checkbox"/> 第3段階 単身 500 万円、夫婦 1,500 万円	却下	<input type="checkbox"/> 資産非該当 <input type="checkbox"/> 課税 ・本人課税 ・世帯員課税 ・別世帯配偶者課税			
	有効期限	令和 年 月 日						
	課長	課長補佐				係長	係員	公印使用
決裁					電子印	決裁	・	・
						発送	・	・

記載不要

却下

- 対象者を照合
- 送付先を照合
- 認定証を照合

○添付書類

対象者（及びその配偶者）の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）…通帳のコピー（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)

必ず署名をお願いします。

代筆した場合は代筆者名を書いてください。

<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