

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

大津市長

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。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | オオツ タロウ | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 被保険者氏名 | 大津 太郎 | 個人番号 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 生年月日 | 明・大・ 昭 5年 5月 5日 | 個人番号とはマイナンバーのことを指します。 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 520-8575 大津市御陵町3番1号 | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | (077)528-2918 | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※ | 〒 — | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日※ | 年 入所(入院)していない場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|--|--|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 配偶者の有無 | 有 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | オオツ ハナコ | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 大津 花子 | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・ 昭 6年 6月 6日 | | | 個人番号 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 住所 | 〒 520-8575 大津市御陵町3番1号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | (077)528-2918 | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | 非課税年金を受給されている場合は、受給されている年金(遺族年金または障害年金)と年金保険者名(年金を支給している団体)に丸をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|------------|-------------------------------------|--|--|---------------|-----------------|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | ①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"/> | ③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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・准母子年金・遺児年金を含みます。 | 受給している全ての年金の保険者に〇して下さい | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | ④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【遺族年金※・ 障害年金 】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・准母子年金・遺児年金を含みます。 | 株、現金などを合計して基準額に満たない場合でも、記入が必要です。有価証券をお持ちの場合は、評価概算額がわかる書類を添付してください。 | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | ⑤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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・准母子年金・遺児年金を含みます。 | ●添付が必要な書類(有価証券をお持ちの場合) ・有価証券の評価概算額がわかる書類(証券会社や銀行の口座残高の写し)(ウェブサイトの写しでも可) | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | ④の方は550万円(同1,550万円)以下、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。第2号被保険者(40歳~64歳)の場合、③~⑤は500万円(同1,500万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添付してください。 | | | |
| 預貯金額 | 1,234,567 円 | 有価証券(評価概算額) | 2,345,678 円 | その他(現金・負債を含む) | (現金)※ 123,456 円 |

| | | |
|---------|-------------------------------|--------------------------------|
| 申請者氏名 | 大津 花子 | |
| 申請者住所 | 大津市御陵町3番1号 | |
| 大津市 記入欄 | <input type="checkbox"/> 第1段階 | <input type="checkbox"/> 第3段階② |
| | <input type="checkbox"/> 第2段階 | <input type="checkbox"/> 第4段階 |
| | <input type="checkbox"/> 第3段階 | <input type="checkbox"/> 課税層の特 |

お持ちの全ての通帳等をご確認の上、残高(ご夫婦合わせた合計金額)の記入をお願いいたします。なお、申請にあたっては、通帳の写しの添付が必要です。

●添付が必要な書類
・預金通帳等の金融機関・支店名・口座名義人がわかるページ
・直近(2ヶ月以内)の残高がわかるページ(普通預金・定期預金ともに)
※口座等を複数保有している場合はその全てについて提出が必要です。
※配偶者の預金等についても、同様に通帳の写しの提出が必要です。

送付する結果通知は原則被保険者(本人)の住民票の住所に送付します。(別途「関連通知等送付先変更申請」が提出されている場合を除きます)

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、返納していただくことがあります。また、負担限度額認定に係る審査以外の目的で利用することはありません。介護保険条例に基づき適正に行います。

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

〇〇年 〇月 〇日

被保険者（本人）および配偶者が自筆で記名することが難しい場合は、親族等申請者の代筆によって本人および配偶者の住所・氏名を記入していただいても構いません。

<本人>

住所 大津市御陵町3番1号

氏名 大津 太郎

<配偶者>

住所 大津市御陵町3番1号

氏名 大津 花子