

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

小浜市長 様

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	オバマ タロウ 小浜 太郎	被保険者番号	0000012345
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
住 所	〒 917-8585 小浜市大手町6番3号	連絡先	0770-53-1111
入所(院)した介護保 険施設所在地及び名 称(※)	〒		
入所(院)年月日 (※)	年 月 日		

配偶者がおられる場合は記入してください。
別世帯の配偶者、事実婚の方も含みます。

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	オバマ ハナコ 小浜 花子		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	1234-5678-9012
	住 所	〒 917-8585 小浜市大手町6番3号	連絡先	0770-53-1111
	本年1月1日現在の 住所(現住所と異なる 場合)	〒		
	課税状況	市町村民税	課税	☒ 非課税

遺族年金または障害年金を受給されている方は、当てはまるものに「○」を付けてください。

収入、所得に関する申告をお願いします。
いずれかにチェックしてください。

収入、所得に関する申告	☐	①生活保護受給者	遺族年金または障害年金を受給されている方は、受給している年金に「○」を付けてください。	年金受給者	
	☐	③課税年金収入額 合計が年額80.9万円以下です。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺族年金、遺児年金を含みます。以下同じ。		受給している全ての年金の保険者に○してください	
	☒	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の 合計が年額80.9万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○してください)		・日本年金機構 ・地方公務員共済	
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の 合計額が年額120万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	☒	預貯金、有価証券等の金額 ④の方は550万円(同1550万円) ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。	預貯金等に関する申告をお願いします。 金額の記入をお願いします。 あわせて最終の残高が分かる部分の通帳(定期預金含む)のコピーを添付してください。		
	預貯金額	2,000,000 円	有価証券 (評価概算額)	50,000 円	その他 (現金・負債を含む)

※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	小浜 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	0770-53-1111
申請者住所	〒 917-8585 小浜市大手町6番3号	本人との関係	長男

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」は、申請者の配偶者を指します。
- (2) 預貯金等については、同じ種類のものを添付してください。
- 申請をされた方の氏名・連絡先・住所・本人との関係を記入してください。
受付時に申請者の本人確認をしますので、本人確認書類(運転免許証、個人番号カード等)をお持ちください

裏面の「同意書」にも記入してください。

※裏面の同意書にも忘れず記入してください。

同意書

記入例

小浜市長 様

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、年金保険者または
銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者

○記入日・住所・氏名は、手書きで記入してください。配偶者がおられる場合は、配偶者欄も記入してください。

○代筆された場合は、代筆者の氏名も記入してください。

状況および保有する預貯金ならびに有価証券の状況について、私および私の配偶者
同意します。

報告することについて、私および私の配偶者
同意しません。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

【本人】

住 所

小浜市大手町6番3号

氏 名

小浜 太郎

【代筆者氏名】

小浜 次郎

【配偶者】

住 所

小浜市大手町6番3号

氏 名

小浜 花子

【代筆者氏名】

小浜 次郎

市 記 入 欄

交付年月日

年 月 日

適用年月日

年 月 日

有効期限

年 月 日