

介護保険負担限度額認定申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

記入例

ふじみ野市長 宛て

個人番号は、初回の申請のみ記入してください。

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	フジミノ ハナコ		被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者氏名	ふじみ野 花子		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日			
住所	ふじみ野市△△〇-〇 □□の里（住民票上の住所）		連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	ふじみ野市△△〇-〇 □□の里		連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
入所（院）年月日（※）	〇〇年〇〇月〇〇日	（※）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	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」については記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	フジミノ タロウ		
	氏名	ふじみ野 太郎		
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	住所	ふじみ野市□□〇-〇-〇（住民票上の住所）		連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	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	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②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【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <small>（受給している年金に〇してください。以下同じ。）</small> ※ 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。以下同じ。			
	<input 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【遺族年金※・障害年金】収入額、その他合計所得金額の合計額が、年額80万円を超え、120万円以下です。			
	<input checked="" 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【遺族年金※・障害年金】収入額、その他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 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）です。			
	預貯金額	〇〇〇, 〇〇〇円	有価証券（評価概算額）	〇〇〇, 〇〇〇円	その他（現金、負債を含む） （現金）※〇〇万円 <small>※内容を記入してください。</small>

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	ふじみ野 一郎	連絡先（自宅・勤務先）	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	ふじみ野市□□〇-〇-〇	本人との関係	長男

注意事項

- 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。
- 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、そのすべてを記入してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申請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。
- 生活保護被保護者の方は「配偶者の有無」、「配偶者に関する事項」、「預貯金等に関する申告」、「同意書」の欄を記入していただく必要はありません。また、添付書類も不要です。

記入例

同意書

(宛先) ふじみ野市長 宛て

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 〇〇月 〇〇日

<本人>

住所 ふじみ野市△△〇—〇 □□の里 (住民票上の住所)

氏名 ふじみ野 花子

<配偶者>

住所 ふじみ野市□□〇—〇—〇 (住民票上の住所)

氏名 ふじみ野 太郎

市 記入欄

確 認	備 考
<input type="checkbox"/> 申請書 (未記入、押印の確認、遺族年金・障害年金の確認) <input type="checkbox"/> 同意書 (未記入、押印の確認含む) <input type="checkbox"/> 預貯金等申告書 (未記入の確認含む) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し (預貯金等申告書記載分全て) <input type="checkbox"/> 非課税証明 (他市に居住している配偶者のみ)	【生活保護】 該当・非該当 【市町村民税】 課税・非課税 【非課税年金】 有り・無し (合計所得金額+課税年金収入額 +非課税年金収入額=_____円) 【高齢福祉年金】 該当・非該当 【利用者負担段階】 第__段階 【他市配偶者市町村民税】 課税・非課税 【資産】 範囲内・超過 【食費】 _____円 【その他】 _____

決定	適用期間
承認・却下	年 月 日 ~ 年 月 日

預貯金等に関する申告書

記入例

1 被保険者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		金融機関名・支店名・科目・口座番号	
	<input type="checkbox"/> 無	〇〇銀行・△△支店・普通・△△△△△△△	〇〇〇, 〇〇〇円
			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input checked="" type="checkbox"/> 無		0円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有	現金	〇〇, 〇〇〇円
	<input type="checkbox"/> 無		円

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		金融機関名・支店名・科目・口座番号	
	<input type="checkbox"/> 無	〇〇銀行・△△支店・普通・△△△△△△△	〇〇〇, 〇〇〇円
			円
有価証券	<input checked="" type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
	<input type="checkbox"/> 無	株式	〇〇〇, 〇〇〇円
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有	現金	〇〇, 〇〇〇円
	<input type="checkbox"/> 無		円

注1) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注2) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注3) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。