

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

鬼北町長 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。

令和〇〇年度

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|--|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | キホク タロウ | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 被保険者氏名 | 鬼北 太郎 | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 生年月日 | 明・大・昭〇年〇月〇日 | 性別 | 男・女 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 鬼北町大字近永〇〇番地 電話番号〇〇〇 - 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(※) | 鬼北町大字奈良〇〇番地 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 電話番号〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 昭・平・令〇年〇月〇日 | (※) 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | キホク ハナコ | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | 鬼北 花子 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭〇年〇月〇日 | 個人番号 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | 住 所 | 鬼北町大字近永〇〇番地 電話番号〇〇〇 - 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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | 非課税年金の有無 有・無 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | ②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ください。以下同じ。) ※ 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。 | | | | | | | | | | | | 受給している全ての年金の保険者に〇してください ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済 |
| | <input type="checkbox"/> | ③-1 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80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | ③-2 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120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同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、①、②、③-1、③-2の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 | | | | | | | | | | | | |
| | 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) | ()※ | 〇〇〇〇円 | | | | | | | |

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

| | | | | |
|-------|-------------|-------------|------|------------------|
| 提出者氏名 | 鬼北 一郎 | 連絡先(自宅・勤務先) | 電話番号 | 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 |
| 提出者住所 | 鬼北町大字近永◇◇番地 | 本人との関係 | 子 | |

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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、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。
- 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。
- 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

鬼北町長 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。）に私及び私の配偶者（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、鬼北町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の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>

住 所 鬼北町大字近永〇〇番地

(自 署)

氏 名 鬼北 太郎

※代理人の場合

(自 署)

氏 名 鬼北 一郎

<配偶者>

住 所 鬼北町大字近永〇〇番地

(自 署)

氏 名 鬼北 花子

※代理人の場合

(自 署)

氏 名 鬼北 一郎