

**記載例**

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

三浦市長

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	<b>コウレイ タロウ</b>		保険者番号							1	4	2	1	0	9			
被保険者氏名	<b>高齢 太郎</b>		被保険者番号	<b>0001234567</b>														
			個人番号															
生年月日	<b>昭和</b>	年	月	日	性別													
住所	〒 - <b>被保険者住所</b> 連絡先																	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 - <b>（現在の利用状況について、記載してください。）</b> <b>※施設入所されている場合は、施設名なども記載してください。</b> 連絡先 <b>123(456)7890</b>																	
入所（院）年月日（※）	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	<b>有</b> ・ 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	<b>コウレイ ハナコ</b>																
	氏名	<b>高齢 花子</b>																
	生年月日	<b>昭和</b>	年	月	日	個人番号												
	住所	<b>（配偶者住所 ※被保険者と同じ場合は、「同上」と記載してください。）</b> 連絡先 <b>123(456)7890</b>																
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	<b>（現住所と異なる場合のみ、必ず記載してください。）</b>																
課税状況	市町村民税 課税 ・ <b>非課税</b>																	
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【遺族年金収入額と】所得金額の合計額が年額80.9万円以下で ※寡婦年金、かん夫年金、母子 <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【遺族年金収入額と】所得金額の合計額が年額80.9万円を超え <b>該当する項目にチェックしてください。（全部で2か所あります。）</b> <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【遺族年金収入額と】所得金額の合計額が年額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（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、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。																	
	預貯金額	<b>1,000,000</b>				円	有価証券 (評価概算額)	<b>500,000</b>				円	その他 (現金・負債を含む)	<b>100,000</b>				円
	※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	<b>高齢 山子</b>	連絡先（自宅・勤務先）	<b>123-456-7890</b>
申請者住所	<b>三浦市～</b>	本人との関係	<b>子</b>

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、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。

預貯金等に関する申告の詳細

①預貯金額（通帳の写し：口座名義がわかるページ及び最終残高のわかるページ）

名義人	金融機関等名称	店舗等（支店名）	金額（円）
コウレイ タロウ	〇〇銀行	〇〇支店	1,000,000
..... お持ちの通帳について、全てをご記入ください。 配偶者のいる方は、その方の通帳もご記入ください。 ※通帳は記帳を済ませた最新の状態のものをご用意ください。 .....			
合計			

②有価証券（銀行、証券会社等の取引明細、口座残高の写し）

名義人	金融機関等名称	店舗等（支店名）	金額（円）
コウレイ ハナコ	〇〇銀行	〇〇支店	500,000
..... お持ちの有価証券などについて、全てをご記入ください。 .....			
合計			

③その他（現金：タンス預金などを含む、借入金：残高証明など）

名義人	内容	金融機関等名称	店舗等（支店名）	金額（円）
コウレイ タロウ	現金			100,000
..... 負債がある場合は、ご記入ください。 ※預貯金等から差し引きます。 .....				
合計				

同意書

三浦市長

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、三浦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。

年 月 日

<本人> 住所 (被保険者住所)

氏名 高 齢 太 郎

<配偶者> 住所 (配偶者住所)

氏名 高 齢 花 子

市記入欄 ※これより下は記入しないでください。

①添付書類等	<input type="checkbox"/> 同意書記載 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し	②資産の合計	円	【該当・非該当】
③給付制限	有・無	⑧生保受給	有( )・無	⑨老福受給 有・無
④世帯状況	人世帯	⑩非課税年金	有(遺族年金・障害年金) : 無	
⑤本人市民税	課税・非課税	..... ⑪こちらには記入しないでください。: .....		
⑥配偶者	課税・非課税	<input type="checkbox"/> 80.9万円以下 【資産650万円(夫婦1,650万円)以下】 <input type="checkbox"/> 80.9万円超120万円以下 【資産550万円(夫婦1,550万円)以下】 <input type="checkbox"/> 120万円超 【資産500万円(夫婦1,500万円)以下】		
⑦その他世帯員	課税・非課税			
<input type="checkbox"/> 承認する 第 段階 有効期間( 年 月 日 ~ 年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 承認しない (理由 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 資産超過 <input type="checkbox"/> その他: )				
備考				
			調査日	調査員