



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	コウレイ タロウ		保険者番号	1 4 2 1 0 9						
被保険者氏名	高齢 太郎		被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6						
			個人番号							
生年月日	昭和 30 年 1 月 1 日		性別	(記入してください。)						
住所	〒 (被保険者住所を記入してください。)		連絡先							
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 (現在の利用状況について、記入してください。) ※施設入所されている場合は、施設名なども記入してください。		連絡先							
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	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	コウレイ ハナコ								
	氏名	高齢 花子								
	生年月日	年 月 日		個人番号						
	住所	〒 (配偶者住所 ※被保険者と同じ場合は、「同上」と記入してください。)		連絡先 123 456 7890						
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 (現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。)								
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です。									
	<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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○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。</small>									
	<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】の収入額、その他の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 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 ※通帳等の写しは別	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円、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1,000万円（同2,000万円）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	3,700,000 円		有価証券 <small>(評価概算額)</small>	500,000 円		その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	(現金) ※ 100,000 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	高齢 海子		連絡先（自宅・勤務先） 987-654-3210							
申請者住所	〒 (申請者住所を記入してください。)		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。 **※裏面にも記入欄があります。**

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がわかるページ）

名義人	金融機関等名称	店舗等（支店名）	金額（円）
高 齢 太 郎	〇〇銀行	〇〇支店	2,500,000
高 齢 太 郎	△△信用金庫	△△支店	1,200,000
お持ちの通帳について、全てを記入してください。 ※記帳が申請日から2ヶ月以内のもの			
合 計			3,700,000

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）
高 齢 花 子	□□証券	□□支店	500,000
お持ちの有価証券などについて、全てを記入してください。			
合 計			500,000

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）
高 齢 太 郎	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				100,000

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（被保険者住所を記入してください。）

氏名 高 齢 太 郎

<配偶者> 住所（配偶者住所を記入してください。）

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年金収入等	合計 円
⑥配偶者	課税・非課税	こちらには記入しないでください。	
⑦その他世帯員	課税・非課税	□120万円超 【資産500万円（夫婦1,500万円）以下】	
□承認する 第 段階 有効期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）			
□承認しない（理由 □課税世帯 □資産超過 □その他：）			
備考			
			調査日
			調査員