

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

若桜町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居

氏名等が印字されている場合は、誤りがないか確認してください。

します。

フリガナ	ワカサ タロウ	被保険者番号				1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	若桜 太郎	個人番号									
生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日										
住 所	若桜町若桜801番地5	連絡先	(0858)	82	—	2	2	3	3		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)		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、記載不要です。									

配偶者の有無	有 ・ 無	「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	ワカサ ハナコ
	氏 名	若桜 花子
	生 年 月 日	明・大・昭・平 12年 2月 2日
	住 所	若桜町若桜801番地5
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	
課税状況	町民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☒	該当する項目にチェック☑ あって、 ③生活年金収入額と【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80.9万円以下です。(受給している年金に○して下さい。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。				
	☐	④町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80.9万円を超え、120万円以下です。				
	☐	⑤町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 ※通帳等の写しは別添	☒	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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。				
	預貯金額	1,654,321円	有価証券 (評価概算額)	0円	その他(現金・ 負債を含む)	(現金)※ 10,000円 ※内容を記入してください

申請日時時点の普通・定期預金の合計額(夫婦は合算)を記入。

申請者が被保険者の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	若桜 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	(090)1234-5678
申請者住所	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	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。

裏面あり

同意書

若桜町長 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、年金保有者又は銀行、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、貴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まいります。

令和 〇年 〇月 〇日

<本人(被保険者)>

住 所 **若桜町若桜 8 0 1 番地 5**

氏 名 **若桜 太郎**

<配偶者>

住 所 **若桜町若桜 8 0 1 番地 5**

氏 名 **若桜 花子**

※ 必ず同意書をご記入ください。
被保険者(及び配偶者)に成年後見人等がいる場合は、成年後見人等の住所、氏名をご記入の上、登記事項証明書等、代理権を証する書類を添付してください。