

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇〇年 〇 月 〇〇 日

水俣市長 様

本人及び配偶者の同意書・預貯金等の写しを添付してください。

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	ミナマタ 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	水俣 太郎		個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	明	大	昭	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日						
住所	水俣市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号						連絡先 0966-xx-xxxx								
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※1)	水俣市△△町△丁目〇〇番地						特別養護老人ホーム △△△								
入所(院)年月日(※2)	昭	平	令	〇〇	年	介護保険施設に入所(院)している場合に記入						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	ミナマタ ハナコ		配偶者がいる人は記入してください。別世帯、内縁の場合でも判定対象です。ただし、DV防止法における配偶者から暴力を受けた場合や行方不明の場合等は対象外です。												
	氏名	水俣 花子														
	生年月日	明	大	昭	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日						
	住所	水俣市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号						連絡先 0966-xx-xxxx								
	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・預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者または、世帯員全員と配偶者が市町村民税世帯非課税であり、老齢福祉年金受給者です。													
	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計は年額80万円以下です。 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> 準)母子 <input type="checkbox"/> 遺児													
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。(預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。以下同じ。)													
	<input type="checkbox"/> 世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計は年額80万円超120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> 準)母子 <input type="checkbox"/> 遺児													
	<input type="checkbox"/> 世帯員全員と配偶者が市町村民税非課税であり、合計所得金額と年金収入額の合計は年額120万円を超えます。 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> かん夫 <input type="checkbox"/> 準)母子 <input type="checkbox"/> 遺児													
預貯金額	本人 2,000,000円 妻 1,250,000円 計 3,500,000円		有価証券(評価概算額)	本人 1,000,000円 妻 500,000円 計 1,500,000円		その他(現金・負債を含む)	(現金) (※6) 本人 600,000円 妻 300,000円 計 900,000円							

◆第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、利用者負担段階に関わらず、預貯金、有価証券等の金額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下であれば支給対象となります。

※申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

申請者記入欄	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム △△△ クマモト ケンイチロウ		連絡先(自宅・勤務先)	0966-△△-△△△△	
	氏名	特別養護老人ホーム △△△ 熊本 県一郎		本人との関係	施設職員	
	住所	水俣市〇〇町〇丁目〇〇番地				

被保険者本人以外が申請書を提出する場合は記入してください。申請書について問い合わせをする場合があります。申請者が家族などの場合で受け取りを施設・事業所の方が行う場合は、申請者欄の下(欄外)に施設・事業所名を記載してください。

市 記 入 欄 < 申請 新規・変更(1回目・2回目・3回目) >													
適用期間	生活保護受給	該当・非該当		配偶者	有・無								
令和 年 月 日	老人福祉	該当・非該当		本人	課税・非課税								
~					課税								
令和 年 月 日	この欄は、記入の必要はありません。						課税						
まで							等						
							方法						
							公簿等						
							添付書類						

裏面へ

注意事項

- (1)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。
(2)預貯金等については、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。
(3)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。
(4)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、介護保険法第22条第1項の規程に基づき、支給された額及び最大2

通帳の写しは

- ①原則、申請から2カ月前までの記帳があるもの
②銀行名・氏名がわかる部分のコピーも添付してください。
③定期預金のページのコピーも添付してください。

同意書

水俣市長 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、水俣市の報告要求に対し、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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

<本人>

住所 水俣市○○町○丁目○○番○○号

氏名 水俣太郎

<配偶者>

住所 水俣市○○町○丁目○○番○○号

氏名 水俣花子