

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年〇月〇日

(申請先)

浜中町長様

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。

フリガナ 被保険者氏名	ハマナカ タロウ 浜中 太郎	被保険者番号	0000012345
		個人番号	
		生年月日	〇年〇月〇日
住所	〒088-1513 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1 電話番号 0153-62-2319		
入所（院）した介護保険 施設の所在地及び名称 （※）	〒088-1513 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1 浜中町 特別養護老人ホーム はまなか 電話番号 0153-62-2319		
入所（院）年月日 （※）	令和〇年〇月〇日	（※）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 （事実婚も含む）	有・無	配偶者の有無が「無」の場合、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 氏名	ハマナカ ハナコ 浜中 花子	
	生年月日	〇年〇月〇日	個人番号
	住所	〒088-1592 浜中町湯沸445番地 電話番号 0153-62-2111	
	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 】 ※いずれかに○を付けてください。	

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者			
	☒	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 80.9 万円以下です。（受給している年金に○を付けてください。） ※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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。			
	☐	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 写しは別添	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、 ③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,500 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	3,000,000 円	有価証券 （評価概算額）	なし 円	その他 （現金・負債 を含む） （ ）※ なし 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は、以下の記入は不要です。

申請者氏名	浜中 花子	電話番号	0153-62-2111
申請者住所	浜中町湯沸445番地	本人との関係	妻

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。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- 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。

同意書

浜中町長 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 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1

氏 名 浜 中 太 郎

※本人が署名できない場合は、押印願います。

< 配偶者 >

住 所 浜中町湯沸445番地

氏 名 浜 中 花 子

※本人が署名できない場合は、押印願います。