

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

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	カサザワ タロウ	被保険者番号	0012345678
被保険者氏名	金沢 太郎	個人番号	123456789012
		生 年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇日
住 所	〒920-0000 金沢市〇〇町1丁目1番1号 電話番号 076-220-〇〇〇〇		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒920-0000 金沢市〇〇町1丁目1番1号 特別		
入所(院)年月日(※)	令和〇〇年 〇月 〇日		

介護保険施設に入居されている場合のみ、記入してください。ショートステイ利用の場合は記入不要です。

配偶者の有無	有	配偶者「有」(同居・別居にかかわらず)の場合、記入してください。また、事実婚の場合も記入してください。
配偶者に関する事項	フリガナ	カサザワ ハナ
	氏 名	金沢 花子
	生 年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇日
	住 所	〒920-0000 金沢市〇〇町1丁目1番1号 電話番号 076-220-〇〇〇〇
	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

配偶者も非課税であることが要件です。

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※・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80.9万円以下である者 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準寡婦年金			
必ずチェックをつけてください。	<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※・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80.9万円以下である者			
	<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※・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80.9万円以下である者			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	③の方は650万円、⑤の方は500万円 ※第2号被保険者が16歳未満の者			
	<input type="checkbox"/>	④の方は650万円、⑤の方は500万円 ※第2号被保険者が16歳以上の者			
預貯金額	夫200万円 妻300万円 合計500万円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	円

*「収入等に関する申告」欄の「合計所得金額」は課税年金収入額に係る所得を除いたものです。

*夫婦の場合、合計額だけの記入でもかまいません。
*預貯金等については、すべての通帳等の写しを必ず添付してください。
配偶者がいる場合は、配偶者の通帳等の写しも必要です。
*「その他」には、現金(タンス預金)、負債(住宅ローン等)を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申請者氏名	金沢 二郎	連絡先	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	〒920-0000 金沢市〇〇町1-1-1	本人との関係	子

※裏面も記入してください

注意事項

- この申請書における「配偶者」について
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金
- 書き切れない場合は、余白に記入する
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護給付が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。

被保険者以外の方が代筆・提出される場合、連絡先電話番号も含め、必ずご記入ください。

写しを添付してください。

第1項の規定に基づき、

市記入欄(これより下は記入不要)

決定日	年 月 日	資産額	円	有効期間	年 月 日 から
<input type="checkbox"/> 承認	段階 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-1 <input type="checkbox"/> 3-2 <input type="checkbox"/> 境界層			年 月 日 まで	
<input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等超過(第 段階の資産要件)	<input type="checkbox"/> 別世帯配偶者課税	確認者		

同意書

(宛先)金沢市長

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その他の財産の状況並びに収入の状況等について報告を求めることに同意します。
また、市長の報告要求に対して、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。

日付を必ず記入してください。

令和 〇 年 〇 月 〇〇 日

〈本人〉 住 所 金沢市〇〇町1丁目1番1号 特別養護老人ホーム 〇△荘

氏 名 金沢 太郎
(署名又は記名押印)

本人の直筆の場合
押印は不要です。

〈配偶者〉 住 所 金沢市〇〇町イ100番地

氏 名 金沢 花子
(署名又は記名押印)

提出された個人情報については、介護保険負担限度額認定の業務以外の目的には使用しません。

市記入欄(これより下は記入不要)

確認欄	番号	番号カード・通知カード・住民票・端末・()	代理	法定・委任状・本人発行
	本人	番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・健康保険)・負担割合証		