

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)
大磯町長 殿

× 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。

被保険者氏名		保険者名	保険者番号
フリガナ	オオイソ タロウ	大磯町	1 4 3 4 1 2
大磯 太郎		被保険者番号	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
		個人番号	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	
生年月日	明・大・昭 ××年×月×日	性別	男・女
住所	〒 255-8555 大磯町東小磯183	連絡先(電話)	0463-61-4100
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 255-0004 大磯町東小磯〇〇〇 大磯老人ホーム	連絡先(電話)	0463-12-3456
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。	

全て空欄でも申請できます。

全て空欄でも申請できます。
※以下、同様

該当するものにチェックをしてください。
※不明な場合は町でお調べしますので、チェックをつけなくても申請できます。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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	オオイソ ハナコ
	氏名	大磯 花子
	生年月日	明・大・昭 ×年×月×日
	住所	〒 255-8555 大磯町東小磯183
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合のみ記入)
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税 (〇で囲んでください)	

上記の「収入に関する申告」の申告区分や2号保険者によって、該当箇所が変わります。ご本人の該当箇所をご確認の上、チェックと必要事項の記入をお願いします。
※不明な場合は町でお調べしますので、空欄でも申請できます。

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(受給している年金に〇をしてください。以下同じ。)】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。 <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。</small>
	<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80万円を超え120万円以下 です。
<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 120万円を超えます 。	
預貯金等に関する申告	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) ※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 10,000,000円 有価証券(評価概算額) 1,000,000円 その他(現金・負債を含む) (手持ち)※ 100,000円

【預貯金額】
通帳の最終残高を記載し、複数口座がある場合は全て合算した金額を記入してください。
【配偶者がいる場合も同様に算定し、本人と合算した金額を記載してください。】
※以下、同様)

【有価証券】
有価証券の評価概算額を記載してください。

【その他】
タンス預金や手持ちの現金等、換金が容易なもの合計金額を記載してください。

※内容を記入してください

申請者氏名	大磯 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	080-1234-5678
申請者住所	大磯町西小磯〇〇〇〇〇	本人との関係	子
添付書類	<input type="radio"/> 預貯金等の照会に関する同意書 <input type="radio"/> 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し		

- ※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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
 - 書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、添付してください。
 - 虚偽の申告により、不正に特定入所者サービス費等の支給を受けた場合は、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、同

代筆された場合等、申請と本人が違う場合に記載してください。
※記載内容について電話することがあります。

裏面が同意書となっています。裏面も忘れずに記入してください。

プリンター等がなく、コピーができない方は原本を窓口に提示してください。

同意書

大磯町長 殿

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。

× 年 × 月 × 日

<本人>

住 所

大磯町東小磯183

氏 名

大磯 太郎

限度額認定を受けようとする方（本人）の名前を記載してください。また、配偶者がいる場合、配偶者の名前も記載してください。

<配偶者>

住 所

大磯町東小磯183

氏 名

大磯 花子

町記入欄

利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 非該当	交付年月日	年 月 日
					適用年月日	年 月 日
所属世帯課税状況等	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 配偶者の課税状況および資産の勘案により、非該当		有効期限	年 月 日

課長	副課長	係長	係員	担当

受付印

--