

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（ ）の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（※）	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。		

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	オオイソ ハナコ	
	氏 名	大磯 花子	
	生年月日	明・大・昭 ×年 ×月 ×日	個人番号 0 1 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
	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・	非課税 (○で囲んでください)

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老齢福祉年金受給者
	☐ 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（受給している年金に○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80.9万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺族年金、遺族年金を含みます。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。
預貯金等に関する申告	☐ 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、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(手持ち)※(現金・負債を含む) 100,000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には、下記について記載は不要です。

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	○ 預貯金等の照会に関する同意書 ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

※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、申請者が本人である場合は、そのすべてを記入してください。
- (3) 書き切れない場合は、別紙に記入し、添付してください。
- (4) 虚偽の申告による不正受給は、返還を求められ、罰金等の処罰を受ける場合があります。

※裏面、同意欄の

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。

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。

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。

【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、換金が容易なものの合計金額を記載してください。

プリンター等がなく、コピーができない方は原本を窓口へ提示してください。

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

<配偶者>
住 所

大磯町東小磯183

氏 名 大磯 花子

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。

町記入欄

利用者負担段階	☐ 第1段階 ☐ 第2段階 ☐ 第3段階 ☐ 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	☐ 非課税世帯 ☐ 課税世帯 ☐ 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