

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 大磯町	保 険 者 番 号 1 4 3 1 1 2									
フリガナ オオイソ タロウ		被保険者番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9										
大磯 太郎		個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0										
生年月日	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。									

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	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 連絡先（電話） 0463-78-9101									
	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（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82.65万円以下です。 ※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。			
	☒	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82.65万円を超え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）

※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、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。
- (3) 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。
- (4) 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。

※裏面、同意欄のご記入をお願いいたします。

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。

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。
（最終記帳日が2か月以内で、最終記帳日から過去2か月間の取引履歴があるページすべて、年金受取口座については振込が確認できるページ。）紛失の場合、残高証明書でも可。
（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に提示

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

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