

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

(あて先) 合志市長

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	コウシ ××	被保険者番号	0 0 0 0 0 × × × × ×
被保険者氏名	合志 ××	個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △
生年月日	明・大・昭 ×年 ×月 ×日	性	
住所	合志市御代志 1234-5678		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	合志市御代志〇〇-×× 特別養護老人ホーム〇〇〇 連絡先 〇〇〇-××××		
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日 (※)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。		

個人番号の記入。番号が分からなければ、裏面の番号確認の同意を記入してください。

配偶者の有無	有 無	※「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			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号	
	住所	同一世帯・別世帯関係なく 配偶者「有」の場合に記入してください。		
	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			

非課税年金を受給している場合は〇をしてください。

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額 80 万円以下 です。(受給している年金に〇して下さい) ※ 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	受給している全ての年金の保険者に〇して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額 80 万円を超え 120 万円以下 です。(受給している年金に〇して下さい)	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額 120 万円を超えます 。(受給している年金に〇して下さい)	
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は下記のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	預貯金額	有価証券	その他 () ※

配偶者「有」の場合には、夫婦の合計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	(代理人=窓口に来られた方)	連絡先	〇〇〇-××××
申請者住所	合志市御代志▲▲-××	本人との関係	長男

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また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、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するかまた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

(あて先)合志市長

1 金融機関等照会について

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、年金保険者または銀行、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、貴市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

氏 名

連絡先

<配偶者>

住 所

氏 名

連絡先

配偶者「有」の場合は、記入が必要です。

2 個人番号の確認等について

※個人番号が確認できる通知カード等を持参されていない場合は下記の同意書欄の2の記入が必要です。
なお、確認した個人番号（マイナンバー）については、他に使用しません。

個人番号（マイナンバー）の利用及び確認について同意します。

被保険者氏名 _____ 配偶者氏名 _____

代筆者氏名 _____

個人番号の確認ができる物をお持ちでない場合は記入してください。

市記入欄	番号確認	本人確認	代理権確認	代理人確認	受付者
	済・未	済・未	済・未	済・未	