

## 記載例

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

(申請先)

浜中町長 様

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	ハマナカ タロウ	保険者番号	
被保険者氏名	浜中 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5
生年月日	明・大・(昭) 11 年 11 月 11 日	個人番号	
住所	〒088-1513 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1	性別	(男) ・ 女
入所(院)した 介護保険施設の 所在及び名称 (※)	〒088-1513 浜中町霧多布東3条1丁目12番地1 浜中町 特別養護老人ホーム はまなか	連絡先 電話番号	0153(62)2319
入所(院)年月日 (※)	昭・平・(令) 3 年 4 月 1 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。	
施設の種類の	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. ショートステイ		

配偶者の有無 (事実婚も含む)	(有) ・ 無	※世帯分離している配偶者又は内縁関係者を含みます。 ※左記において「無」の場合は、以下の配偶者に関する記載は不要です。	
フリガナ	ハマナカ ハナコ		
配偶者の氏名	浜中 花子		
生年月日	明・大・(昭) 12 年 12 月 12 日	個人番号	
住所	〒088-1592 浜中町湯沸445番地	連絡先 電話番号	0153(62)2111
本年1月1日の住所 (現住所と異なる場合のみ)	〒		
配偶者の課税状況	【市町村民税】 課税 (非課税) ※いずれかに○を付けてください。		

収入等に関する申告	① <input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 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○して下さい。)	受給している全ての年金の保険者に○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			
	② <input checked="" type="checkbox"/>	※ 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。 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80万円超~120万円以下です。(受給している年金に○して下さい。)				
	③ (1) <input type="checkbox"/>	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○して下さい。)				
	③ (2) <input type="checkbox"/>	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○して下さい。)				
預貯金等に関する報告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。(※) 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	3,000,000 円	有価証券 (評価概算額)	なし 円	その他 (現金・負債を含む)	( ) ※ なし 円

(※) 預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり

① 単身 1,000万円、夫婦合計 2,000万円以下 ② 単身 650万円、夫婦合計 1,650万円以下

③ (1) 単身 550万円、夫婦合計 1,550万円以下 ③ (2) 単身 500万円、夫婦合計 1,500万円以下

\* 第2号被保険者は、段階に関わらず単身 1,000万円、夫婦合計 2,000万円以下

※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	浜中 花子	連絡先(自宅・勤務先)	0153(62)2111
申請者住所	浜中町湯沸445番地	本人との関係	妻

## 【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、通帳等の写しを添付して下さい。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 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

浜中町長 様

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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

< 本人 >

住所 **浜中町霧多布東3条1丁目12番地1**

氏名 **浜中太郎** 印

< 配偶者 >

住所 **浜中町湯沸445番地**

氏名 **浜中花子** 印