

記入例

浅口

介護保険負担限度額認定申請書

令和元年7月5日

(申請先) 浅口市長 あて

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	アサクチ タロウ	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
被保険者氏名	浅口 太郎	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
		性別	男		女									
		生年月日	明・大・昭 3年 1月 1日											
住所	〒719-0252 浅口市鴨方町六条院中 3050 電話番号 (0865)44-0000													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒719-0243 浅口市鴨方町鴨方 2244-26 介護老人保健施設 ○○荘 電話番号 (0865)44-****													
入所(院)年月日(※)	平・令 27年 5月 20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、記入不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ	アサクチ ハナコ	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	氏名	浅口 花子	生年月日	明・大・昭・平 5年 3月 3日											
	住所	〒719-0252 浅口市鴨方町六条院中 3050 電話番号 (0865)44-0000													
	市町村民税賦課期日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒													
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		本年1月1日現在の住所												

【遺族年金・障害年金】を受給している方のみ、該当するものに☑をつけてください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者												
	<input checked="" 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											
	<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80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済											
預貯金等に関する申告(本人及び配偶者の合計金額)	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、1,000万円(夫婦は合計2,000万円)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	3,586,428 円	有価証券(評価概算額)	100,000 円	その他(現金・負債を含む)	1,000,000 円								

\* 申請者が被保険者本人の場合には、下記につ

申請者氏名	浅口 二郎	電話番号(自宅・勤務先)	(0865)44-0000
申請者住所(事業所が提出する場合、事業所)	〒719-0252 浅口市鴨方町六条院中 3050	人との関係	子

預貯金の額を記入してください。複数通帳をもたれている場合は、本人と配偶者それぞれの合計額を足したものを記入してください。また、通帳の写しが必要ですので、必ず添付してください。

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、内縁関係の者を含みます。
- 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、単身年金、遺児年金を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、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、余白に記入するか又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。

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

(裏面)

# 同意書

浅口市長 あて

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。）に私及び私の配偶者（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、私及び私の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 元年 7月 5日

住所、氏名をご記入いただき、押印してください。  
配偶者がいる場合は、配偶者の同意も必要です。配偶者の住所、氏名をご記入いただき、押印してください。

<本人>

住所 浅口市鴨方町六条院中 3050

氏名 浅口 太郎



<配偶者>

住所 浅口市鴨方町六条院中 3050

氏名 浅口 花子



市記入欄(以下の欄には記入しないでください)

交付年月日	年 月 日	備考（所得分布の状況等を記入）			利用者負担段階
		世帯員	続柄	課税状況	送付先
適用年月日	年 月 日		世帯主	非課税・資料無し・課税	課税年金収入額
				非課税・資料無し・課税	非課税年金収入額
有効期限	年 月 日			非課税・資料無し・課税	第2段階判定基準額
				非課税・資料無し・課税	

課税台帳等確認日： 年 月 日