記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和●年●月●日

（申請先）

庄内町長　　富　樫　　透　　宛

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	ショウナイ　タロウ	保険者番号	0 6 4 2 8 7
被保険者氏名	庄内太郎	被保険者番号	
		個人番号	
生 年 月 日	昭和●年●●月●●日		
住　　所	庄内町●●字●●123－45　　連絡先　●●－●●●●		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	（施設の場合）●●ホーム　等　　（短期利用の場合）ショートステイ　　連絡先　●●－●●●●		
入所（院）年月日（※）	令和●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（夫・妻がいる場合は○）	において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」いては、記載不要です。	
配偶者に関する事項 フリガナ	ショウナイ　ハナコ		
氏　　名	庄内花子		
生年月日	昭和●年●●月●●日	個人番号	
住　　所	（同居の場合）同　上　　（別居の場合）●●町●●字●●567　　連絡先　●●－●●●●		
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		

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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。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年額120万円を超えます。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。

預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	（　　）※ 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	庄内一郎	日中連絡のつく電話番号	連絡先（自宅・勤務先）●●●－●●●●－●●●●
申請者住所	●●市●●　456番地		本人との関係　子

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。

3　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。

4　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。

裏面も記入してください

記入例

同　意　書

庄内町長　富　樫　　透　　宛

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(町村)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●年●月●●日

＜本人＞

住所　庄内町●●字●●123－45

氏名　庄内太郎

＜配偶者＞

住所　●●町●●字●●567（同居の場合は「同上」でも可）

氏名　庄内花子　← 夫・妻がいる場合は記入