

記入見本

介護保険負担限度額認定申請書

令和3年 7月 1日

豊明市長

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 | トヨアケ タロウ | 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 △ |
| 被保険者氏名 | 豊明 太郎 | 個人番号 | 1 1 2 2 3 4 5 6 7 8 9 × |
| | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和12年 3月 4日 | | |
| 住 所 | 豊明市新田町子持松○番地○ 連絡先 0562-92-1261 | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 豊明市西川町広原△番地△ 特別養護老人ホーム□□□ 連絡先 0562-93-△△△△ | | |
| 入所（院）年月日（※） | 平成30年 5月 17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 | <input checked="" type="radio"/> 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 | トヨアケ ハナコ | | |
| | 氏 名 | 豊明 花子 | | |
| | 生年月日 | 昭和15年 6月 25日 | 個人番号 | 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 1 △ |
| | 住 所 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ 連絡先 | | |
| | 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） | <input checked="" type="checkbox"/> 同上 | | |
| | 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税 | | |

| | | | | | | |
|------------|-------------------------------------|---|-------------|----|---------------|--------------------------------|
| 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である老齢福祉年金受給者 | | | | |
| | <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80万円以下です。 (受給している年金に0してください。) | | | | |
| | <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0してください。) | | | | |
| | <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80万円以下です。 (受給している年金に0してください。) | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の合計が(500・550・650・1000)万円(夫婦の場合は1000万円を加算した額)以下です。 (該当する金額に0してください。) | | | | |
| | ※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 | 3,500,000円 | 有価証券(評価概算額) | 0円 | その他(現金・負債を含む) | (現金) ※ 200,000円 ※内容を記入して下さい |

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 | 豊明 一郎 | 連絡先 | 080-1234-5678 |
| 申請者住所 | 本人住所に同じ | 本人との関係 | 長男 |

注意事項

- この申請書における「配偶者」は内縁関係の者も含まれます。
- 預貯金等については、同じ種類のものを複数ある場合は、その全てを記入し、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。

該当する資産がない場合は、必ず「0」を記入してください。

必ずチェックを入れてください。

通帳のコピーを添付してください。

同 意 書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和3年 7月 1日

<本人>

住所 豊明市新田町子持松○番地○

氏名 豊明 太郎

代筆 長男 豊明 一郎

<配偶者>

住所 豊明市新田町子持松○番地○

氏名 豊明 花子

文字が書けない場合等は、このように記入してください。