

記入見本

介護保険負担限度額認定申請書

令和8年 7月 1日

豊明市長 殿

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	3	4	4	5	5	6	×
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（※）	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 ・ 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	☒ 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）	☒ 同上													
課税状況	市町村民税 課税 ・ ☒ 非課税														

収入等に関する申告	☐	申請直前に記帳された通帳のコピーを添付してください。 (申請時点の残高を確認させていただきます。)											
	☐	① 金融機関名、支店名、口座番号及び口座名義人が記載されたページ（通帳の見開き1ページ目） ② 申請日2ヶ月前から申請日までの残高が載ったページ ③ 定期預金がある場合等は当該部分のページ											
預貯金等に関する申告	☒	※本人及び配偶者の <u>全ての</u> 通帳が必要です。 ※窓口に通帳等原本をお持ちいただければ、必要な部分を長寿課でコピーを取らせていただきます。 ※インターネットバンク等利用の方で通帳をお持ちでない方は、上記部分が印刷された書類の提出が必要です。											
	☐	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	豊明 一郎	連絡先	080-1234-567※
申請者住所	本人住所に同じ	本人との関係	長男

注意

※有価証券、投資信託等の口座残高の写しを添付してください。JA や信用金庫等の出資金がある場合は出資金残高証明書の写しを添付してください。株をお持ちの場合は、6月下旬に発送される配当通知書など、持ち株数、金額がわかるものを添付してください。(本人・配偶者名義のもの)
※該当する資産がない場合は、必ず「0」を記入してください。

※負債(借入金・住宅ローンなど)がある場合は、借用証明書等、金額及び名義人が記載されたものを添付してください。
※その他に該当する預貯金等がない場合は必ず「0」を記入してください。

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8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

文字が書けない場合等は、このように記入してください。

<配偶者>

住所 豊明市新田町子持松○番地○

氏名 豊明 花子