

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 3年 7月 1日

門川町長 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	ガガワ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5		
被保険者氏名	門川 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
		性別	男 ・ 女											
生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日													
住所	門川町平城東1番1号 Tel 63-1140													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 特別養護老人ホーム〇〇 Tel 〇〇-〇〇〇〇													
入所(院)年月日(※)	令和 3年 8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。													

配偶者の有無	有 ・ 無												
配偶者に関する事項	フリガナ	ガガワ ハナコ											
	氏名	門川 花子											
	生年月日	明・大・昭 12年 1月											
	住所	門川町平城東1番1号											
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											

「配偶者」には

- ・世帯が別の配偶者
- ・婚姻の届をしていないが、事実上婚姻関係と同様の場合(内縁関係)を含みます

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	門川 次郎												
申請者住所 〒	門川町本町1丁目1番地												
* 通知書及び認定証の送付先(希望するものに○してください)	被保険者(本人) ・ 申請者 ・ 入所施設 ・ その他()												

被保険者ご本人以外の方が申請する場合のみ記入してください。
介護保険事業者が申請する場合、「申請者氏名」欄には事業所名・職員氏名、「申請者住所」欄には事業所の住所を記入してください。

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。)
	<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80万円超です。(受給している年金に○して下さい。)
	<input type="checkbox"/>	市町村民税課税者であって、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120万円以下です。(受給している年金に○して下さい。)

被保険者ご本人の収入等について、あてはまるところに✓をつけてください。

受給している全ての年金の保険者を○で囲んでください。 (国民年金・厚生年金基金・国民年金基金・国民年金共済・国家公務員共済・私学共済)

裏面も記入してください。 >

【町記入欄】

本人世帯	課税	非課税	所得等	合計所得金額	円
配偶者	課税	非課税		課税年金収入額	円
資産	範囲内	超過	決定	承認	不承認()
生活保護受給	有	無		課税世帯	配偶者
若齢福祉年金受給	有	無	適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	利用者負担段階
				食費: 第 段階	居住費: 第 段階

裏面も記入 →

預貯金等に関する申告	被保険者本人		配偶者		
	金融機関及び支店名	預貯金額	金融機関及び支店名	預貯金額	
	預貯金額	〇〇銀行 △△支店	1,500,000 円	〇〇銀行 △△支店	520,565 円
		□□信金 △△支店	255,321 円	〇〇銀行 △△支店(定期)	1,000,000 円
				〇〇銀行 〇〇支店	358,264 円
				円	
	有価証券等	種類	評価概算額		円
				0 円	
その他	種類	金額			
	現金	800,000 円		0 円	
合計		2,555,321 円		1,878,829 円	

預貯金等は、ご本人名義・配偶者名義のものをすべて申告してください。

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。

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 3 年 7 月 1 日

<本人>

住所 門川町平城東1番1号

氏名 門川 太郎

<配偶者>

住所 門川町平城東1番1号

氏名 門川 花子