

記載例

## 介護保険負担限度額認定申請書

裏面あり

令和〇年〇月〇日

昭島市長

下記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	アキシマ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	昭島 太郎		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
生年月日	明・大・ <b>昭</b> 11年 8月 9日		性別	<b>男</b> ・ 女									
住所	〒196-8511 昭島市田中町1-17-1 連絡先042-544-5111												
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称 （※）	所在地：昭島市田中町〇-△-□ 名称：介護保険施設 介護の森 連絡先042-〇〇〇-××××												
入所（院）年月日 （※）	令和2年 12月 15日		（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び短期入所利用（ショートステイ）を利用している方は、記入不要です。										
配偶者の有無	<b>有</b> ・ 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	アキシマ ハナコ											
	氏名	昭島 花子											
	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 11年10月11日		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	住所	青梅市〇〇町▲-■-● B特別養護老人ホーム 連絡先 042-△△△-〇〇〇〇 1月1日現在の住民票の住所と現住所が異なる場合に記載してください。											
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）	昭島市田中町1-17-1											
課税状況	市町村民税 課税 ・ <b>非課税</b>												

収入・預貯金等に関する申告

裏面申告のとおり

○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	昭島 花美	連絡先	090-△△△△-□□□□
申請者住所	昭島市昭和町〇-〇〇-〇	本人との関係	長女

## (注意事項)

- 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。
- 預貯金等については、複数口座をお持ちの場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。

収入・預貯金等に関する申告

(裏面)

1. 収入等に関する申告 該当する箇所に☑をつけてください。

○前年（令和2年中）

<input type="checkbox"/>	生活保護の受給者	第1段階
<input checked="" type="checkbox"/>	世帯全員が区市町村民税非課税で、申請者本人の合計所得金額と課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計が年額80万円以下です。※寡婦年金、かん夫年金は加算します。以下同じ。	第2段階
<input type="checkbox"/>	世帯全員が区市町村民税非課税で、申請者本人の合計所得金額と課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計が80万円を超え120万円以下です。	第3段階①
<input type="checkbox"/>	世帯全員が区市町村民税非課税で、申請者本人の合計所得金額と課税年金収入額及び非課税年金収入額	第3段階②

該当する項目にチェックをして下さい。また、チェックした欄の段階を確認して下さい。段階により預貯金等の基準額が異なります。

夫婦の場合は合算した額を記入してください

2. 預貯金等に関する申告 及び☑をつけてください。

○預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは加添してください。

預貯金額	8,000,000円	有価証券 (評価概算額)	
<input type="checkbox"/>	上記第1段階に該当する者で、預貯金等が単身で1,000万円、(2号被保険者で上記の第1～3段階①・②のいずれかの条件を満たす者)		※預貯金等（預貯金、有価証券、負債等）がある場合は、必ず残高の分かる通帳の写し等を添付してください。 ※配偶者がいる場合は本人と配偶者両方の書類が必要になります。
<input checked="" type="checkbox"/>	上記第2段階に該当する者で、預貯金等が単身で650万円、夫婦で1,650万円以下です。		
<input type="checkbox"/>	上記第3段階①に該当する者で、預貯金等が単身で550万円、夫婦で1,550万円以下です。		
<input type="checkbox"/>	上記第3段階②に該当する者で、預貯金等が単身で500万円、夫婦で1,500万円以下です。		

該当する項目にチェックをしてください。預貯金等が基準額以上ある場合は非該当となります。(申請されても非該当となるため、申請をする必要はありません。)

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 ○年 ○月 ○日

〈本人〉

住所 昭島市田中町1-17-1

氏名 昭島 太郎

〈配偶者〉

住所 青梅市○○町▲-■-●

氏名 昭島 花子