

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請書No. 28)

年 月 日

記入した日を書いてください。

受付番号

岬町長宛

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。

申請者氏名	〇〇 〇〇	連絡先(自宅・携帯電話等)	072-492-〇〇〇〇
申請者住所	〒599-0303 大阪府泉南郡岬町深日〇〇〇番地の〇	本人との関係	長男

申請者が被保険者本人の場合には、上記については記入不要です。

フリガナ	〇 〇 △ △	被保険者番号	1234567890
被保険者氏名	〇 〇 △ △ (男) 女)	個人番号	123456789012
生年月日	明・大・昭 11年 11月 11日		

現住所	〒599-0303 大阪府泉南郡岬町深日〇〇〇番地の〇	連絡先	072-492-〇〇〇〇
-----	--------------------------------	-----	--------------

介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム 〇〇〇〇	連絡先	
-------------------	----------------	-----	--

入所年月日(※)	昭・平 〇年 〇月 〇日	(※) 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」については記入不要です。
--------	-------	--

配偶者に関する事項	フリガナ	〇 〇 × ×	生年月日	明・大・昭 11年 1月 1日
	氏名	〇 〇 ×		
	現住所	〒599-0303 大阪府泉南郡岬町深日〇〇〇番地の〇		
	1月1日時点の住所(※)	(※) 現住所と異なる場合にご記入ください。		

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である老齢福祉年金受給者
	<input type="checkbox"/>	町民税非課税者のみの世帯であって、合計所得金額と課税年金収入額と、非課税年金(遺族年金・障害年金)の合計額が年額80万円以下です。
	<input type="checkbox"/>	いづれか該当する□にチェックをつけてください。 税年金収入額と、日を超えます。

非課税年金額(遺族年金、障害年金等)に関する申告	受給あり(※) ・ 受給なし (※) 寡婦年金・かん夫年金・準母子年金、遺児年金を含みます。	
	年金保険者への届出住所	現住所と同じ・その他(必ず、いづれかに〇してください。)

○ 裏面(預貯金等に関する申告書等)に続きます。

* 町処理欄

受付	預貯金等確認	非課税年金照会	世帯状況	決定内容	証発行		入力
					認定証交付日	年 月 日	
		送付日 確認日	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 課税	第 段階	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	

(表面からのつづき)

必ず、チェックをつけてください。

○ 預貯金等に関する申告

預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計は下記のとおりです。		
	<input type="checkbox"/>	1000万円以下(夫婦の場合、2000万円以下)です。	
	<input type="checkbox"/>	650万円以下(夫婦の場合、1,650万円以下)です。	
	<input type="checkbox"/>	550万円以下(夫婦の場合、1,550万円以下)です。	
<input type="checkbox"/>	500万円以下(夫婦の場合、1,500万円以下)です。		
種類	氏名(口座名義人)	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金	○○ △△	○○銀行 ○○支店	2,345,678 円
	○○ △△	××銀行 ××支店	567,890 円
	○○ ××	○○銀行 △△支店	1,234,567 円
有価証券等	氏名	内容	評価概算額
	○○ △△	○○証券会社	600,000 円
	○○ ××	○○国債	1,000,000 円
その他 (負債・現金等)	氏名	内容	金額
			円
			円
合計			5,748,135 円

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(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。

○ チェックリスト (必ず確認してください)

- 収入等に関する申告 … チェック漏れはございませんか？
- 非課税年金に関する申告 … 遺族年金や障害年金など受給している非課税年金はありませんか？
- 預貯金等に関する申告 … 配偶者がいる場合は、本人および配偶者双方の申告が必要です。
- 同意欄 … 記入日、本人署名、配偶者署名について漏れはございませんか？

同意書

岬町長 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、年金保険者または銀行、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、岬町の報告要求に対し、銀行等が報告することについては、報告している旨を銀行等に伝えて構いません。

記入した日を書いてください。

<本人> 〒599-0303 年 月 日

住 所 大阪府泉南郡岬町深日○○○番地の○

氏 名 ○ ○ △ △

<配偶者>

住 所 〒599-0303 大阪府泉南郡岬町深日○○○番地の○

氏 名 ○ ○ × ×