

【記載例】

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○年 ○月 ○○日

(申請先)氷見市長 あて

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	ヒミ 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	氷見 太郎	個人番号										
生年月日	昭和 17年 2月 1日											
住 所	〒935-8686 氷見市鞍川1060番地	連絡先	0766-74-8066									
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒935-0017 氷見市丸の内1番1号 福祉介護苑	連絡先	0766-74-8067									
入所(院)年月日(※)	令和 7年 4月 5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	ヒミ ハナコ	
	氏 名	氷見 花子	
	生年月日	昭和 17年 7月 8日	個人番号
	住 所	〒935-8686 氷見市鞍川1060番地	1月1日現在の住所が氷見市外の方は、非課税証明証を添付してください。
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	
課税状況	市町村民税	課税	☒ 非課税

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80.9万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。			
	☒	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の年額80.9万円を超え、120万円以下です。			
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の年額120万円を超えます。			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円以下)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円以下)です。			
	預貯金額	1,500,000 円	有価証券 (評価概算額)	300,000 円	その他 (現金・負債を含む)

申請者氏名	氷見 良子	連絡先(自宅・勤務先)	74-8066
申請者住所	〒935-8686 氷見市鞍川1060番地	本人との関係	子

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。

記入例

同意書

氷見市長 あて

- 1 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。
- 2 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。
- 3 私（被保険者本人）が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供することに同意します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

<被保険者本人>

住所 氷見市鞍川1060番地

氏名 氷見 太郎

<配偶者>

住所 氷見市鞍川1060番地

氏名 氷見 花子

<代筆者>

（被保険者本人分）・（配偶者分）

住所 氷見市鞍川1060番地

氏名 氷見 良子

代筆された場合は、必ずご記入ください。

被保険者との続柄（子）