

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 秦野市長

裏面の注意事項を全て確認し、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

日付を記入してください。

ふりがな	はだの たろう		個人番号																		
被保険者氏名	秦野 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7								
生年月日	昭和10年1月1日																				
住所	秦野市桜町一丁目3番2号 連絡先 (0463) 82-5111																				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	所在地	〇〇市〇〇町〇-〇-〇																			
	施設名	老人保健施設 〇〇〇 連絡先 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇																			
入所(院)年月日※	令和〇〇年〇〇月〇日		※ 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無																				
配偶者について	世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 住民登録上 <input type="checkbox"/> 同一世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯(市内) <input checked="" type="checkbox"/> 別世帯(市外)																			
	ふりがな	はだの はなこ		生年月日	昭和5年1月1日																
	氏名	秦野 花子		個人番号								被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	住所	〇〇県〇〇郡〇〇町〇丁目〇-〇-〇 連絡先 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇																			
	本年1月1日現在の住所	同上 市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税																			
収入等に関する申告	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と遺族・障害年金収入額の合計額が以下のとおりです。 <input checked="" type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。 <input type="checkbox"/> 年額80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者です。																				
遺族年金・障害年金に関する申告	<input type="checkbox"/> 令和4年中に遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金)を受給しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 令和4年中に障害年金を受給しました。																				
預貯金等に関する申告	A 預貯金額	655,649 円				B 有価証券(評価概算額)	0 円				C その他	450,000 円									

未婚の方(内縁関係にある相手もない方)、死別された方、離婚された方は、「無」に〇をつけ、配偶者については記載不要です。

窓口で申請する人の名前を記入してください。ケアマネ等の親族以外の場合は、「介護支援専門員証」や「免許証」等で身分確認をします。また、成年後見人等は、「身分証」と「登記簿の写し」を確認します。

(申請者が被保険者御本人の場合は記入不要です。)

申請者住所	秦野市〇〇町〇-〇-〇	連絡先(自宅・勤務先)	0463-82-9616
申請者氏名	秦野 次郎	被保険者本人との関係	弟

裏面へ続く

丁	課長	課長代理	担当・確認	受付	段階	
					<input type="checkbox"/> 4	
					<input type="checkbox"/> 3②	
					<input type="checkbox"/> 3①	
					<input type="checkbox"/> 2	決裁
				<input type="checkbox"/> 1	交付	

この申請書や負担限度額認定証に関して、緊急にお知らせしたいことがあるときに使う連絡先です。

配偶者非課税確認 別紙(預貯金等)金額計算確認 同意書(同意日確認含む)

※注意事項

- (1) 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) この申請書における配偶者は、別世帯の配偶者及び内縁関係の者（事実婚）を含みます。
- (3) 虚偽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、加算金を含め、支給された額を返還していただくことがあります。
- (4) 審査を経て認定された方が、年度内に世帯状況の変更（被保険者御本人の結婚等）があった場合は、速やかに本市に連絡してください。
- (5) 適用開始日は、申請日（申請書類が提出された日）が属する月の初日となります。

## 同意書

(宛先) 秦野市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、国又は他の地方公共団体、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の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。

また、照会に対し、銀行等が回答することについて、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。

日付を記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

ご家族等による代筆の場合であっても、御本人・配偶者の方のお名前をお書きください。

<被保険者本人>

住所 秦野市桜町1丁目3番2号

氏名 秦野 太郎

<配偶者>

住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇-〇

氏名 秦野 花子