

介護保険負担限度額認定申請書

|                 |  |  |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|-----------------|--|--|----------------------|------------------|---------------|-------------------|---|---|---|---|---|-----------|
| フリガナ            | アヤセ タロウ  | 被保険者番号   | 0                    | 0                | 0             | 0                 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1         |
| 被保険者氏名          | 綾瀬 太郎  | 個人番号<br>※不明等の場合は記入不要   | ×                    | ×                | ×             | ×                 | × | × | × | × | × | ×         |
| 生年月日            | 明・大 9年 8月 8日生  |  |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
| 住所              | 綾瀬市早川●●番地 ○○特別養護老人ホーム 電話番号 0467-70-5636  |  |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
| 介護保険施設の所在地及び名称  | ※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。<br>○○特別養護老人ホーム 電話番号 0467-70-5636 |  |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
| 入所(院)年月日        | 平成26年 1月 1日  |  |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
| 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   | アヤセ ハナコ  | 生年月日                 | 明・大・9・平 9年10月10日 |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|                 | 氏名   | 綾瀬 花子  | 個人番号<br>※不明等の場合は記入不要 | △                | △             | △                 | △ | △ | △ | △ | △ | △         |
|                 | 住所   | ○○市□□3-4-5 電話番号 □□□-22-2222  |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|                 | 本年1月1日現在の住所  | (現住所と異なる場合のみ記入)<br>××市△△3-2-1  |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|                 | 課税状況   | 市町村民税 課税 ・ 非課税   |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
| 収入等及び預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/>   | 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置対象者 ※資産等申告書等を添付   |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|                 | <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"/>   | 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)<br>※ 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。以下同じ。<br>かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦の場合は1650万円)以下です。<br>※ 65歳未満の場合、1000万円(夫婦の場合は2000万円)以下です。以下同じ。 |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|                 | <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80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○して下さい)<br>かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦の場合は1550万円)以下です。   |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|                 | <input 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120万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)<br>かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦の場合は1500万円)以下です。   |                      |                  |               |                   |   |   |   |   |   |           |
|                 | 預貯金額   | 10,145,422 円   | 有価証券<br>(評価概算額)      | 2,024,251 円      | その他(現金・負債を含む) | (投資信託・タンス預金)<br>※ |   |   |   |   |   | 505,153 円 |

※内容を記入してください。

(宛先) 綾瀬市長 ※通帳等を複数お持ちの場合はその全て ※生活保護受給者は関係書類不要

上記のとおり関係書類(☑同意書 ※裏面になります・☑直近2ヶ月以内の預金通帳等の写し※①銀行等の名称・支店・口座番号・名義の分かる部分と、②最終の残高が分かる部分の写し ※夫婦の場合は夫婦2人の通帳等の写し)を添えて、食費・居住費(居住費)に係る負担限度額認定を申請します。 ↑このケースでは、預貯金通帳の写し・証券会社の口座残高の写し・投資信託口座残高の写しの3枚が必要です。

○○年○月○日

申請者 住所 〒111-1111 ○○市□□3-4-5  
氏名 綾瀬 二郎 (続柄 次男) 電話番号 090-○○○-1234

- ※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方を含みます。
- ※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 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

(宛先) 綾瀬市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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。

〇〇年〇月〇日

<本人>

住所 綾瀬市早川●●番地 〇〇特別養護老人ホーム

氏名 綾瀬 太郎

<配偶者> ※配偶者がいない場合は記入不要です。

住所 〇〇市□□3-4-5

氏名 綾瀬 花子