

介護保険負担限度額認定申請書

西条市長 様
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

記入例

年度を記入してください。
28年度 平成28年8月1日～平成29年7月31日利用分
29年度 平成29年8月1日～平成30年7月31日利用分

被保険者番号	0 0 0 2 2 2 2 2 2 2	申請年月日	平成 28年 7月 7日
フリガナ	サイジヨウ タロウ	生年月日	明・大(昭) 5年 5月 5日
氏名	西条 太郎	個人番号	
住所	〒793-8601 西条市明屋敷164番地	性別	(男) ・ 女
電話番号		電話番号	0897-55-5151
入所(院)した介護保険施設の名称及び所在地(※)	〒793-8601 西条市明屋敷164番地 特別養護老人ホーム○○	電話番号	0897-55-5151
入所(院)年月日(※)	平成25年 5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。	

提出する日付をご記入ください。
シャチハタは不可ですので必ず朱肉を使用する印鑑での押印をお願いします。

住民登録地の住所をご記入ください。

入所(入院中)の施設住所と名称、電話番号、入所(院)年月日をご記入ください。

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。	
フリガナ	サイジヨウ ハナコ	生年月日	明・大(昭) 10年 10月 10日
氏名	西条 花子	個人番号	
住所	〒799-1394 西条市周布349番地1	電話番号	0898-64-2700
本年1月1日、現在の住所(現住所と異なる場合)	〇〇-〇〇〇 〇〇市△△町1-2-3 □□アパート456号		
課税状況	市町村民税 課税 ・ (非課税)		

配偶者「有」の場合に記入してください。

同じ世帯の場合でも記入してください。

現住所と異なる場合のみ、必ず記載してください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者 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。 (※扶養している年金に○してください) ※遺族年金、かん末年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。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80万円を超えます。 (※扶養している年金に○してください)
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかると通帳等の写しは別途のとおり

収入等に関する申告は、3つのうち、該当する項目にチェックを入れてください。
また、遺族年金・障害年金を受給されている場合は、受給している年金に○を入れてください。

申請書を記入する方の、住所・電話・氏名・続柄を記入してください。
なお、申請者が被保険者の場合は、記入不要です。
申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。

申請者住所	〒	電話番号	
申請者氏名		本人との続柄	

※裏面(預貯金等に関する申告書)に続きしますので、裏面も必ずご記入ください。

市記入欄	利用者負担段階 1 ・ 2 ・ 3
承認する	
承認しない	
申請年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日
備考	

市記入欄は何も記入しないでください。

(表面からの続き)
○預貯金等に関する申告

種類	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	対象	預貯金額
預貯金	西条 太郎	〇〇銀行〇〇支店	(本人)・配偶者	3,210,987 円
	西条 太郎	△△信用組合△支店	(本人)・配偶者	2,345,678 円
	西条 花子	□□農協□□支所	本人・(配偶者)	123,456 円
有価証券等	氏名	種類	対象	評価概算額
			本人・配偶者	円
その他(現金・負債等)	氏名	種類	対象	金額
	西条 太郎	現金	(本人)・配偶者	250,125 円
	西条 花子	現金	本人・(配偶者)	3,800 円
合計				5,934,046 円

本人が配偶者が該当する方に○を入れてください。

・預貯金等の資産状況について記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者に係る預貯金等についても記入してください。(夫婦以外の世帯員に係る資産については、記入不要です。)
・記入欄が足りない場合は、余白に記入するか、別紙に記入のうえ添付してください。

- (注意事項)
- 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。配偶者がいる場合は、配偶者に係る預貯金等についても記入してください。
 - 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
 - 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。

- 必要書類
預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(金融機関名・支店名・名義・最終残高(2ヶ月前まで)の分かる部分)
・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行等の口座の写し
・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

西条市長 様	
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、報告を求めると同意します。 また、西条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。	
28年 7月 7日	
(本人)	
住所	西条市明屋敷164番地
氏名	西条 太郎
代筆者	西条 花子 (妻)
(配偶者)	
住所	西条市周布349番地1
氏名	西条 花子

本人が署名のうえ、押印してください。
署名ができない場合は、代筆である旨記入し、代筆者の氏名・続柄を追記してください。

シャチハタは不可ですので、必ず朱肉を使用する印鑑での押印をお願いします。
※銀行の届出印でなくてかまいません。

配偶者「有」の場合に記入してください。

シャチハタは不可ですので、必ず朱肉を使用する印鑑での押印をお願いします。
※銀行の届出印でなくてかまいません。

(裏面)