

介護保険負担限度額認定申請書(記入例)

昭和町長 様

令和X年XX月XX日

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。
個人番号の確認に同意します。□
(上記にチェックが入っている場合は、個人番号の記載は不要です)

代理申請者	本人申請の場合記載不要 住 所: 昭和町押越542-2	委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)
	連絡先: 055-275-8784		被保険者 本人氏名
	氏 名: 昭和 華子		(本人自著の場合押印不要)
	(本人との関係: 妻)		

フリガナ	ショウワ タロウ	被保険者番号	X X X X
被 保 険 者 氏 名	昭和 太郎	個人番号	X X X X X X X X X X X X X X
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 女
住 所	昭和町押越542-2 電話番号055-275-8784		
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	昭和荘 電話番号055-275-8784		
入所(院)年月日 (※)	令和X年XX月XX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	ショウワ ハナコ		
	氏 名	昭和 華子		
	生 年 月 日	昭和XX年XX月XX日	個人番号	X X X X X X X X X X X X X X
	住 所	昭和町押越542-2 電話番号055-275-8784		
	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	☐	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下	
	☒	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。※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。		650万円(夫婦は1,650万円)以下	
	☐	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。		550万円(夫婦は1,550万円)以下	
	☐	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。		500万円(夫婦は1,500万円)以下	
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基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
	預貯金額	4,000,000 円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」について
- (2) 預貯金等については、同じ種類の
- (3) 書き切れない場合は、余白に記す
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入された額及び最大2倍の加算金を

赤字の部分は全て記入してください。ご郵送でいただく場合、記入に不備があると再提出いただく場合があります。

支給

同意書（記入例）

昭和町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況、非課税年金受給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、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。）に報告を求めることに同意します。

また、貴町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。

令和×年××月××日

（本 人）住所 中巨摩郡昭和町押越 5 4 2 番地 2

氏名 昭和 太郎

印

（配偶者）住所 中巨摩郡昭和町押越 5 4 2 番地 2

氏名 昭和 華子

印

同意書につきましては、住所については必ず中巨摩郡からの記載をお願いいたします。

記入に不備がある場合、再提出していただきますので、この記入例をよくご確認ください、ご記入をお願いいたします。