

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

14-16

(申請先)四日市市長

〇〇年 8月 1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。

フリガナ	カゴ タロウ	被保険者番号	123456
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	0123456789XX
生年月日	昭和 10年 〇月 10日生		
住所	〒510-0000 四日市市〇〇町1丁目2番3号 特別養護老人ホームかいごぼけん TEL: 059-354-0000		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	<input checked="" type="checkbox"/> 1.介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 2.介護老人保健施設 〒510-0000 四日市市〇〇町1丁目2番3号 特別養護老人ホームかいごぼけん		
入所(院)年月日(※)	令和 3年 1月 1日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び		
配偶者の有無	有・無 (有を記入)		
配偶者に関する事項	フリガナ	カゴ ハナコ	課税状況
	氏名	介護 花子	市町村民税: 課税 非課税
	生年月日	昭和 15年 〇月 15日生	個人番号
	住所	〒512-0000 四日市市〇〇町8番9号	98765410XX
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①-(1)生活保護受給者又は①-(2)市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額が年額80万円以下であること。その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下であること。 <small>(※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ)</small>	「遺族年金」または「障害年金」を受給している場合は、〇をつけてください。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額【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額が年額80万円を超え、120万円以下です。				
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	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、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円以下です。	*「収入等に関する申告」欄の「合計所得金額」は課税年金収入額に係る所得を除いたものです。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	③の場合は550万円(同1,550万円)、④の場合は500万円(同1,500万円)以下です。第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 <small>※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを提出します。</small>				
	a.預貯金額(普通・定期等)	夫 200万円 妻 300万円 合計 500万円	b.有価証券(評価概算額)	0円	c.その他(現金・負債を含む)	(現金)※ ※内容を記入してください 21,000円

市記入欄(これより下は記入不要)

《裏面も記入してください》

a.b.c.の合計

<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 第 〇 月	* 夫婦の場合、合計額だけの記入でもかまいません。 * 預貯金等については、すべての通帳等の写しを必ず添付してください。 配偶者がいる場合は、配偶者の通帳等の写しも必要です。 詳細は【別紙1】を参照してください。 * 「c.その他」には、現金(タンス預金)、負債(住宅ローン等)を記入してください。
<input type="checkbox"/> 不承認	<input type="checkbox"/> 生活保護	

同意書

四日市市長

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。

〇〇年 8月 1日

日付を必ず記入してください。

被保険者本人	住所	四日市市〇〇町1丁目2番3号 特別養護老人ホームかいごほけん		
	氏名	介護 太郎	本人自署の場合は押印不要です。	介護印 ※本人自署の場合は押印不要です。
配偶者	住所	四日市市〇〇町8番9号		
	氏名	介護 花子		花子印 ※本人自署の場合は押印不要です。

被保険者本人以外の方が記

被保険者以外の方が代筆・提出される場合、連絡先電話番号も含め、必ずご記入ください。

代筆者	住所	四日市市△△町5号	電話番号	090-△△△△-△△△△
	フリガナ	カイゴ イチロウ	本人との続柄	子
	氏名	介護 一郎		
	介護事業所の職員が代筆者の場合、介護事業所の名称を記入してください。			

【注意事項】

- (1)この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2)預貯金等について、複数の口座を保有している場合は、そのすべてを申告してください。また、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。

提出される前に、記入もれ、押印もれがないかよく確認し、添付書類を添えて提出してください。書類不備があると受付できないこともありますので、ご注意ください。

四日市市役所 介護保険課
TEL 059-354-8190
FAX 059-354-8280