

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8番9号		
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	〒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		
配偶者の有無	有 ・ 無		
フリガナ	カゴ ハナコ	課税状況	市町村民税： 課税 非課税
氏 名	介護 花子	個人番号	98765410XX
生年月日	昭和 15年 〇月 15日生	TEL:	
住 所 ※同居の場合は 記入不要	〒		
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	☐	①-(1)生活保護受給者又は①-(2)市町村民税非課税世帯世帯主である者です。				
	☐	②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80.9万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。				
	☒	③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80.9万円を超え、120万円以下です。				
	☐	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。				
必ず チェックを つけて ください	*「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。					
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計が、第1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。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。 ※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。					
※通帳等の 写しは別添	a.預貯金 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

☐ 承認	☐ 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。
☐ 不承認	☐ 生活保護	
	☐ 課税世帯	
	☐ 別世帯の配偶者が課税世帯主である場合	

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8番9号		
	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す				
代 筆 者	住 所	四日市市△△町5番	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。

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。

【問い合わせ先】
〒510-8601
四日市市諏訪町1番5号
四日市市役所 介護保険課
TEL 059-354-8190
FAX 059-354-8280