

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

提出する日を記入します。

令和 △ 年 △ 月 △ 日

(申請先)

伊東市長 (伊東市役所 高齢者福祉課)

【個人番号】
不明の場合は記載不要です。

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	イトウ タロウ	被保険者番号	0000012345
被保険者氏名	伊東 太郎	個人番号	123456789012
生年月日	明・大 昭 11 年 1 月 1 日	性別	男・女
住 所	伊東市大原二丁目1番1号	連絡先	0557-99-9999
入所 (院) した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	伊東市大原二丁目1番1号 介護老人保健施設いとう	連絡先	0557-99-9999
入所 (院) 年月日 (※)	昭・平・令 2 年 2 月 2 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、記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	イトウ ハナコ	
	氏 名	伊東 花子	
	生年月日	明・大・昭 12 年 3 月 4 日	個人番号 987654321012
	住 所	伊東市大原八丁目9番10号	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	伊東市川奈五丁目6番7号	
課税状況	市町村民税 課税・非課税	配偶者の今年度の住民税について 該当する方に○を付けます。	

収入等に関する申告	☐ ①生活保護受給者/市町村民税世帯非課税者である高齢者又は障害者	該当するいずれか1つに「チェック」を付けます。	給している全ての金の保険者に○してください
	☐ ②市町村民税世帯非課税者である 課税年金収入額と合計所得金額が 年額80万9千円以下です。 (受給している年金に○してください) ※ 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		
	☐ ③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80万9千円を超え、120万円以下で (受給している年金に○してください)		
	☒ ④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 年額120万円を超えます。		
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円 (夫婦は2000万円)、②の方は650万円 (同1650万円)、③の方は550万円 (同1550万円)、④の方は500万円 (同1500万円) 以下です。※第2号被保険者 (40歳以上64歳以下) の場合、①~④の方は1000万円 (夫婦は2000万円) 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 1,234,567 円	有価証券 (評価概算額) 円	その他 (現金・負債を含む) 現金 500,000 円 ※

預貯金等の金額を記入します。 ※内容を記入してください

申請者氏名	本人以外の方が申請する場合は記入してください。	連絡先 (自宅・勤務先)
申請者住所		本人との関係

注意事項
(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者を含みます。
(2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、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は、介護保険法第110条の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただきます。

押印は不要です。

同意書

伊東市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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(町村)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。

令和 △ 年 △ 月 △ 日

提出日を記入します。

< 本人 >

住所 伊東市大原二丁目1番1号

氏名 伊東 太郎

住所・氏名を記入します。

< 配偶者 >

住所 伊東市大原八丁目9番10号

氏名 伊東 花子

配偶者がいる場合は、
配偶者の住所・氏名を記入します。

押印は不要です。