

記入例

負担限度額認定申請書

令和〇年〇月〇日

伊達郡川俣町長 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。

フリガナ	カワマタ タロウ	保険者番号	073080	
被保険者氏名	川俣 太郎	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
		個人番号	※個人番号の記入は不要です	
生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	男	
住所	川俣町字〇〇〇番地 連絡先 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
入所（院）した施設及び介護施設名称（※）	特別養護老人ホーム 〇〇〇〇 連絡先			
入所（院）年月日（※）	令和〇年〇月〇日	（※）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。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。		
配偶者の有無	有			
配偶者に関する事項	フリガナ	カワマタ ハナコ		
	氏名	川俣 花子		
	生年月日	令和〇年〇月〇日	個人番号	※個人番号の記入は不要です
	住所	川俣町字〇〇〇番地 連絡先 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
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	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額が120万円以下です。（受給している年金に〇をつけて下さい、以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、単母年金、遺児年金を含みます。以下同じ。			
	<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を超え、120万円以下です。			
	<input checked="" type="checkbox"/> ⑤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120万円を超えます。			
預貯金等に関する申告の添付書類は別添	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤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、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。			
	預貯金額	0,000,000 円	有価証券（詳細欄参照） 円	
※内容を記入してください				
申請者氏名	川俣 一郎	連絡先（自宅・勤務先） 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
申請者住所	川俣町字〇〇〇番地	本人との関係 長男		

配偶者の課税状況に〇を付けてください。

非課税年金を受給されている方は、該当する年金に〇を付けてください。

注意事項

- 〇 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。
- 〇 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
- 〇 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払額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあり

被保険者がお持ちの全ての預貯金の金額をご記入のうえ、預貯金額が確認できる書類の写しを添付してください。
※配偶者がいる場合は、被保険者との合計金額をご記入のうえ、配偶者の預貯金額が確認できる書類の写しも併せて添付してください。

記入例

同意書

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（内縁関係のものを含む。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、私及び私の配偶者が同意している旨を関係機関等に伝えて構いません。

川 俣 町 長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

【本人】 住 所 川俣町字○○○番地
氏 名 川俣 太郎

【配偶者】 住 所 川俣町字○○○番地
氏 名 川俣 花子

※申請書の配偶者欄で『無』に○をつけた方は、上記の配偶者欄への記入が不要となります。