

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 5 年 3 月 1 日

岩沼市長 殿

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の申請をします。

(長期入所) ・ ショートステイ

フリガナ	イワスマ タロウ		被保険者番号																	
被保険者氏名	岩沼 太郎		個人番号	個人番号とはマイナンバーの事です。																
生年月日	明・大	昭	10	年	10	月	10	日												
住 所	〒 989-2427 岩沼市里の杜三丁目4-15		連絡先(電話) 0223-24-3016																	
介護保険施設名	特別養護老人ホーム〇〇〇〇																			
入所(院)年月日	令和 5 年 3 月 1 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	イワスマ ハナコ		個人番号																	
	氏 名	岩沼 花子																			
	生年月日	明・大	昭	10	年	10	月	11	日												
	住 所	〒 989-2433 岩沼市桜一丁目6-20		連絡先(電話) 0223-22-1111																	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		本年1月1日と住所が異なる場合のみ記入してください。																	
市町村民税	課税 ・ 非課税		※〇で囲んでください。																		

収入及び資産に関する申告 (該当する区分にそれぞれチェックしてください。)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税世帯※である老齢福祉年金受給者 ※住民票と世帯が異なる(世帯分離している)配偶者も含まれます。以下同じ。	受給している全ての年金の保険者に 〇してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	該当する収入区分、資産区分にそれぞれ〇してください。	
	<input type="checkbox"/>	前年の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80万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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	
	<input type="checkbox"/>	前年の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80万円超120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	前年の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120万円を超えます。 (受給している年金に〇してください)	
<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、前年の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500万(夫婦は1,500万)以下です。 ※預貯金等、有価証券、負債に係る通帳等の写しは別添のしるせいで		
① 預貯金等	5,000,000	円	申請は原則として本人または家族となります。 やむを得ない場合は、施設職員等の代行申請も可能です。結果通知は申請者へ郵送します。

申請者が被保険者本人の場合は、下記についての記載は不要です。 *記載がある場合下記住所に結果通知を送付します。

申請者氏名	岩沼 次郎	連絡(自宅・勤務先)	0223-22-1111
申請者住所	〒 989-2433 岩沼市桜一丁目6-20	本人との関係	子

※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、又は内縁関係のものを **注意:裏面も記入**
- (2)すべての預貯金、有価証券、負債に関する通帳や、借用証書等の写し(氏名、金融機関名、支店名、最終残高がわかるページ)を添付してください。(配偶者有の場合は二人分)
- (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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面、同意書のご記入をお願いします。

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私および配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況および保有する預貯金なら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、岩沼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 5 年 3 月 1 日

本人の記入が難しい場合は、申請者が代筆をしてください。

<本人>

住所

岩沼市里の杜三丁目4-15

氏名

岩沼 太郎

<配偶者>

住所

岩沼市桜一丁目6-20

氏名

岩沼 花子

※代筆の場合は、記名をお願いします。

代筆

申請に必要な書類

- 介護保険負担限度額認定申請書(表面)
- 同意書(裏面)
- すべての通帳の写し(必須)
- すべての有価証券や借用書等の写し(ある場合)

受付

受付