

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

播磨町長 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 | | | 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | | | 個人番号 | |
| | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 (住民登録しているところ) | | | | 電話 |
| 入所している 介護保険施設 (※) | 名称 | | | |
| | 所在地 | 電話 | | |
| 入所年月日 (※) | 昭 ・ 平 | 年 | 月 | 日 ※ 入所していない場合またはショートステイの場合は、記入不要です |

| | | | |
|-----------|-------------------|------------------------------------|----------|
| 配偶者の有無 | 有 (別世帯及び内縁者含) ・ 無 | 「無」の場合は以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。 | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 | 年 月 日 |
| | 住所 | 被保険者の住所と違う場合に記入してください。 電話 | |
| | 本年1月1日現在の住所 | 上記住所と違う場合に記載してください。 | |
| | 課税状況 | 市町村民税 | 課税 ・ 非課税 |

| | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|------|---|--------------|---------|
| 本人の収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者または市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者です。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税非課税世帯で本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下です。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税非課税世帯で本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超えます。 | | | | |
| 預貯金等に関する申告 (明細は裏面に記入してください。) | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の合計金額が1,000万円 (夫婦で2,000万円) 以下です。 預貯金、有価証券等に係る書類の写しは別添のとおり | | | | |
| | 預貯金額 | 円 | 有価証券 | 円 | その他 (現金・負債含) | () ※ 円 |

※通帳等の写しを添付してください。

申請者が被保険者本人の場合は下記の住所・氏名についての記入は不要です。

| | |
|-------|--------|
| 申請者氏名 | 電話 |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

注意事項

- 1 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、すべての通帳等の写しを添付してください。
- 2 預貯金等について裏面に書ききれない場合は余白に記入するか、別紙に記入の上添付してください。
- 3 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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面につづく

預貯金に関する申告明細

| | ① 本人 | ② 配偶者 |
|------|------|-------|
| 金融機関 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |

※ 申請日から2ヶ月以内に記帳した通帳の写し、または根拠のわかるものを添付してください。
通帳等の場合、表面と金額面の最新ページの写しを提出してください。

| | ① | ② |
|-------|---|---|
| 有価証券等 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |
| 現金等 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |
| | 円 | 円 |

※ 根拠のわかるものを添付してください。

| | | |
|----|---|---|
| 合計 | 円 | 円 |
|----|---|---|

同意書

播磨町長 様

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銀行等に伝えてかまいません。

平成 年 月 日

<本人>
住所

氏名

印

<配偶者>
住所

氏名

印

町記入欄

| 受付日 | 年 月 日 | 利用者負担段階 | 所得把握 | 備考 |
|-------|----------|-------------------------------|--|----|
| 受付者 | | <input type="checkbox"/> 第1段階 | 課税年金収入額 _____ 円 | |
| 適用年月日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 第2段階 | 合計所得金額 _____ 円 | |
| 有効期限 | 年 7月 31日 | <input type="checkbox"/> 第3段階 | 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 非該当 | 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

提出日を記入

平成28年 3月 9日

播磨町長 様

次のとおり関係

記入もれ、書類不足があった場合は、
受付できませんのでご注意ください

す。

| | | | | |
|---------------------|------------------|------------------------------------|--------|------------------|
| フリガナ | ハリマ ハナコ | | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇 |
| 被保険者氏名 | 播磨 花子 | | 個人番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明・大・㊦ 17年 2月 25日 | | | |
| 住所 (住民登録しているところ) | 播磨町東本荘1丁目5番30号 | | | |
| | 特別養護老人ホーム | 〇〇〇〇 | 電話 | 000 - 000 - 0000 |
| 入所している 介護保険施設(※) | 名称 | 特別養護老人ホーム 〇〇〇〇 | | |
| | 所在地 | 播磨町東本荘1丁目5番30号 電話 000 - 000 - 0000 | | |
| 入所年月日(※) | 昭・㊦ 25年 4月 20日 | ※ 入所していない場合またはショートステイの場合は、記入不要です | | |

| | | | |
|-----------|------------------|--|--|
| 配偶者の有無 | ㊦ (別世帯及び内縁者含む)・無 | 「無」の場合は以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。 | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | ハリマ タロウ | |
| | 氏名 | 播磨 太郎 | |
| | 生年月日 | 明・大・㊦ 15年 10月 13日 | |
| | 住所 | 被保険者の住所と違う場合に記入してください。 電話 000 - 000 - 0000 | |
| | | 加古川市加古川町北在家2000番地 | |
| | 本年1月1日現在の住所 | 上記住所と違う場合に記載してください。 | |
| 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ 非課税 | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|------|-------------|-------------|----------------|
| 本人の収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者または市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者です。 | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 市町村民税非課税世帯で本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下です。 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村民税非課税世帯で本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円を超えます。 | | | | |
| 預貯金等に関する申告(明細は裏面に記載してください。) | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の合計金額が1,000万円(夫婦で2,000万円)以下です。 預貯金、有価証券等に係る書類の写しは別添のとおり | | | | |
| | 預貯金金額 | 6,200,251 円 | 有価証券 | 3,000,000 円 | その他(現金・負債含) | (現金) 120,214 円 |

※通帳等の写しを添付してください

申請者が被保険者本人の場合は下記の氏名・住所についての記入は不要です。

| | | | |
|-------|-------------------|--------|------------------|
| 申請者氏名 | 播磨 太郎 | 電話 | 000 - 000 - 0000 |
| 申請者住所 | 加古川市加古川町北在家2000番地 | 本人との関係 | 夫 |

注意事項

- 1 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、すべての通帳等の写しを添付してください。
- 2 預貯金等の写しは裏面に記載してください。
- 3 虚偽の申告は罰則の対象となります。必ず熟読の上、記載内容をご確認ください。

裏面も必ず記入してください。また表面下部の注意事項を必ず熟読の上、記載内容をご確認ください。

裏面につづく

預貯金等に関する申告明細

| | | ① 本人 | ② 配偶者 |
|------|--------|-------------|-------------|
| 金融機関 | 〇〇銀行 | 3,500,150 円 | 円 |
| | 〇〇信用金庫 | 円 | 2,700,101 円 |
| | | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 |

※ 申請日から2ヶ月以内に記帳した通帳の写し、または根拠のわかるものを添付してください。
通帳等の場合、表面と金額の最新ページの写しを提出してください。

| | | ① | ② |
|-------|------|-----------|-------------|
| 有価証券等 | 〇〇〇株 | 円 | 1,500,000 円 |
| | 商品券 | 500,000 円 | 円 |
| | 国債 | 円 | 1,000,000 円 |
| 現金等 | 現金 | 50,000 円 | 70,214 円 |
| | | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 |

※ 根拠のわかるものを添付してください。

| | | |
|----|-------------|-------------|
| 合計 | 4,050,150 円 | 5,270,315 円 |
|----|-------------|-------------|

同意書

播磨町長 様

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銀行等に伝えてまいります。

平成 28 年 3 月 9 日

<本人>

住所 播磨町東本荘1丁目5番30号

氏名 播磨花子



<配偶者>

住所 加古川市加古川町北在家2000番地

氏名 播磨太郎



町記入欄

| 受付日 | 年 月 日 | 利用者負担段階 | 所得把握 | 備考 |
|-------|------------|---|--|----|
| 受付者 | | <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 非該当 | 課税年金収入額 _____ 円 | |
| 適用年月日 | 年 月 日 | | 合計所得金額 _____ 円 | |
| 有効期限 | 年 7 月 31 日 | | 生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | 老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | |