

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和00年00月00日

(申請先)

《太字箇所のご記入をお願いします》

松原市長 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	マツバラ タロウ		被保険者番号	000000000000					
被保険者氏名	松原 太郎		個人番号						
生年月日	明・大・昭	00年	00月	00日					
住所	〒 580-8501		電話番号	000-000-0000					
住所	松原市阿保1-1-1								
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒		電話番号						
入所(院)年月日(※)	昭	・	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。					

配偶者に関する事項	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。						
	フリガナ	マツバラ ハチコ								
	氏名	松原 花子								
	生年月日	明・大・昭	00年	00月	00日	個人番号				
	住所	〒 580-8501		電話番号	000-000-0000					
	住所	松原市阿保1-1-1								
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の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※ 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 checked="" 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の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。					
	<input 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100万円(夫婦1900万円)を超え、1650万円以下です。					
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金(同一口座)の残高の合計金額を記入して下さい	123,456円	有価証券(評価概算額)	123,456円	その他(現金・負債を含む)	(123,456)円
	<input type="checkbox"/>	有価証券・その他欄なければ「0」とご記入下さい					

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	松原 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	000-000-0000
申請者住所	〒 000-0000 松原市0001-1-1	本人との関係	長男

裏面も忘れずにご記入お願い致します

- (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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 同意書及び代筆申請書

松原市長 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、報告を求めす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。

00年 00月 00日

<本人>

住所 松原市阿保1-1-1

氏名 松原 太郎

<配偶者>

住所 松原市阿保1-1-1

氏名 松原 花子

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

介護保険負担限度額認定に係る申請書類の記入に際して、下記の理由により、本人に代わり代筆します。

代筆者氏名 松原 一郎

本人との続柄 長男

代筆理由 入所(院)中のため 記入が困難なため その他( )

## 委任状

私は、介護保険負担限度額認定申請書に係る申請について、下記の者を代理人に委任します。

代理人住所:

代理人氏名:

被保険者住所:

被保険者氏名:

押印 (認印可、シャチハタ不可)

印

※個人番号を記載する場合のみ、委任状が必要となります。

個人番号を記載しない場合は、未記載の理由を記入してください。

個人番号を記入されない場合は必ずご記入下さい。

個人番号未記載理由: 個人番号が不明のため 個人番号を記入したくないため  
その他( )