

介護保険負担限度額認定申請書

(申請人) **記入例** 長

令和 ○ 年 △ 月 × 日

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	ニシオ タロウ		提出する日付をご記入ください。	
被保険者氏名	西尾 太郎		被保険者番号	0 0 0 0 1
<input type="checkbox"/> 非			個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	住民登録地の住所を昭 10 年 5 月 13 日		個人番号(マイナンバー)は記入してなくても受理します。(下の配偶者欄も同様です。)	
住所	寄住町下田22番地 特別養護老人ホーム西尾		記入した場合は、	
施設区分	<input checked="" type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		①本人が提出する場合 ・本人の個人番号(通知)カード及び本人の身分証明書 ②代理人が提出する場合	
介護保険施設の所在地及び名称	※介護保険施設フリガナ			
配偶者の氏名をご記入ください。	西尾 花子		明治・大正・昭和 年 月 日	
配偶者右欄において「無」の記入不可	<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 西尾市一色町一色伊那跨61番地 <input type="checkbox"/> 別居 西尾市西幡豆町仲田14番地2		被保険者が施設等に入所しており配偶者の住民登録地が別世帯の場合、ご住所をご記入ください。	
当該年度1月1日の住民登録地が現住所と異なる場合にご記入ください。	住所番号		0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	
<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非 <input type="checkbox"/> 亡 <input type="checkbox"/> その他	個人番号		2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	
収入に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者		配偶者が65歳以上の場合は介護保険被保険者番号をご記入ください	
	<input type="checkbox"/> ③市民税非課税者のみの世帯(かつ配偶者がいる場合、配偶者が市民税非課税者である場合、配偶者が市民税非課税者である場合、配偶者が市民税非課税者である場合、配偶者が市民税非課税者である場合)収入額の合計が年額80万円を超える			
	<input checked="" type="checkbox"/> ④市民税非課税者である世帯(かつ配偶者がいる場合、配偶者が市民税非課税者である場合、配偶者が市民税非課税者である場合、配偶者が市民税非課税者である場合)収入額の合計が年額80万円を超えない場合 該当する区分に✓をしてください。(わからない場合は空欄で結構です。)			
	<input type="checkbox"/> ⑤市民税非課税者のみの世帯(かつ配偶者がいる場合、配偶者が市民税非課税者である場合、配偶者が市民税非課税者である場合、配偶者が市民税非課税者である場合)収入額の合計が年額120万円を超える			
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券(同1,650万円以下)の合計が2,000万円(夫婦2,000万円)以下 預貯金等をご確認いただき、✓をしてください。		①の方は2,000万円、③の方は650万円以下、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下、④の方は1,000万円(夫婦2,000万円)以下	

【注意】この申告書における「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。

配偶者が西尾市以外に居住している場合は、非課税の証明書類が必要です。(申告書の控えでも可)

市 記入欄

- 本人(及び配偶者名義)の全ての通帳をご持参もしくは通帳の写しを添付してください。
※記帳は申請日前1ヶ月以内に行ってください。
- ★必要な箇所★
 - ①過去3ヶ月間の収支が記載されている部分②定期明細(記載ない場合でも)の部分
 - ③支店名が記載されている部分(表紙裏)
- 有価証券は価格評価や株数等を確認できる書類を添付してください(申請日前、1ヶ月以内に発行されたもの)
- タンス預金などの手持ちの現金がある場合は、金額を口頭でお伝えください
- 借入金や住宅ローン等の負債がある場合は、借用書等の写しを添付してください

裏面へ

開始日 終了日 記入 有 無 ()

入力

※同意書の記入は必須です。

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

【本人】

住所 西尾市寄住町下田22番地 特別養育

氏名

西尾 太郎

印

【配偶者】

住所 西尾市一色町一色伊那跨61番地

氏名

西尾 花子

印

シャチハタ等のスタンプ印は不可です。朱肉印をお願いします。

被保険者本人に配偶者がいらっしゃる場合、配偶者の氏名、住所をご記入いただき、朱肉を使用する印鑑での押印をお願いします。原則、被保険者本人と同じ印鑑ではなく、配偶者本人の印鑑での押印をお願いします。

代行申請者欄 ※被保険者以外の方がこの申請書を記

被保険者本人以外の方がこの申請書を記入された場合、記入された方の氏名、住所、電話番号、被保険者との関係をご記入ください。

フリガナ	ニシオ ジロウ		
申請者氏名	西尾 次郎	電話番号	〇〇〇〇-△△-××××
		住所	西尾市一色町一色伊那跨61番地
		本人との関係	長男

※注意事項

- (1) 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) 他市に居住している配偶者がいる場合、その方の非課税証明書類が必要です。申告書の控えでも結構です。
- (3) 預貯金について、口座を複数所有している場合は、その全ての通帳等の写しを提出してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入居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、支給された額に加えて最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- (5) 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。