

<記入例>

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

高 梁 市 長 様

申請日を記入してください。

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	タカハシ タロウ	被保険者番号	5	4	1	0	0	0	1	0	2	5		
被保険者氏名	高梁 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
		性 別	男 ・ 女											
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 10年 10月 25日													
住 所	〒716－0036													
	高梁市松原通2043番地 連絡先0866－21－0299													
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒 入所または利用している施設を記入してください。 連絡先													
入所（院）年月日（※）	昭・平・令 年 月 日 ☐ （※）ショートステイを利用している場合は、左欄にチェックをしてください。													

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	タカハシ ハナコ																	
	氏 名	高梁 花子																	
	生 年 月 日	明・大・昭 15年 3月 7日					個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1	1
	住 所	〒716－0036 高梁市松原通2043番地 連絡先0866－21－0299																	
	本年1月1日現在の住所 （現在の住所と異なる場合）	〒																	
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税																		

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である高齢福祉年金受給者（第1段階）												
	☐	市町村民税非課税世帯であって、合計所得金額・課税年金収入額・											受給している全ての年金の 保険者に「○」をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	☐	非課税年金（※遺族年金・障害年金）収入額の合計額が年間82.65万円以下です。（第2段階） ※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。												
	☒	市町村民税非課税世帯であって、合計所得金額・課税年金収入額・ 非課税年金収入額の合計額が年間82.65万円超120万円以下です。（第3段階①）												
☐	市町村民税非課税世帯であって、合計所得金額・課税年金収入額・ 非課税年金収入額の合計額が年間120万円を超えます。（第3段階②）													
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。（第1段階）												
	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。（第2段階）												
	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。（第3段階①）												
	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。（第3段階②）												
	※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
預貯金額		3,000,000円		有価証券 （評価概算額）		その他 （現金・負債を含む）		（ 現金 ）※ 50,000円						

・本人および配偶者の預貯金等の額を記入して下さい。

※内容を記入して下さい

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。

申請書提出者 （代行事業所名）	連絡先（自宅・勤務先） 代理で提出する場合には記入してください。												
申請書提出者住所	本人との関係												

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者を含みます。
- (2) 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いる場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

被保険者(本人)確認欄			
番号 確認		身元 確認	

同意書

高梁市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況等を調査すること、また、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、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 〇 年 〇 月 〇 日

同意日を記入してください。

〈 本人 〉

住所

氏名

住所、氏名をご記入ください。
配偶者がいる場合は、配偶者の方の記入も必要

〈 配偶者 〉

住所

氏名

代筆される場合、ご記入ください。

代筆者氏名

続柄()

◎申請書を提出する前にもう一度ご確認ください。

- ☐ 申請書に記名しましたか。
- ☐ 配偶者の有無は記入しましたか。
- ☐ 配偶者のいる方は、配偶者に関する事項を記入しましたか。
- ☐ 預貯金等に関する申告は記入しましたか。(配偶者分も含む)
- ☐ 申告した預貯金等の内容が確認できる通帳のコピー等を添付しましたか。
 - ①銀行名・支店名・口座番号・名義の分かる部分(例えば、表紙を開いた部分)
 - ②最終の取引日と残高が分かる部分(申請日の2ヶ月前以降の取引日)(配偶者のいる方は、配偶者分のコピーも必要です)
- ☐ 同意書に記名していますか。
 - (配偶者のいる方は、配偶者の記名も必要です)

高梁市 記入欄	受付窓口			受付年月日	
	☐ 高梁 ☐ 有漢 ☐ 成羽 ☐ 川上 ☐ 備中 ☐ その他()			令和 年 月 日	
	☐ 配偶者の記載	☐ 同意書 (配偶者)	☐ 押印 (配偶者)	☐ 通帳等の写し (配偶者)	
	備考	承認 ()	決定日		入力
		不承認	令和 年 月 日		