

★介護保険負担限度額認定申請をされる場合は、以下の書類を提出してください。

①介護保険負担限度額認定申請書（表面）

記載例を参考に、記入・押印をしてください。

②同意書（裏面）

記載例を参考に、記入・押印をしてください。

③預貯金（普通・定期）の残高が分かるもの

以下の通帳の写し（インターネットバンクであれば口座残高のページの写し）を添付してください。

（1）銀行名・支店名・口座番号・名義のわかる部分

（2）最新の残高（申請日の直前から2か月前までの期間）が分かる部分

配偶者がいる場合は、ご本人と配偶者のお2人の通帳の写しが必要です。

複数の通帳をお持ちの方は、すべての通帳の写しが必要です。（配偶者も同様です。）

通帳については、**最新の残高**がわかるように銀行等で記帳した上で写しを添付してください。

④有価証券（株式・国債・地方債・社債など）

証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しでも可）を添付してください。

⑤金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属

購入先の銀行等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しでも可）を添付してください。

⑥投資信託

銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しでも可）を添付してください。

⑦負債（借入金・住宅ローンなど）

借用証書などを添付してください。

⑧タンス預金（現金）

- ※ 「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。
- ※ ③～⑦については、配偶者がいる場合は、ご本人と配偶者のお2人がお持ちの口座残高等の写しが必要です。
- ※ 生命保険、自動車、腕時計、宝石などの時価評価額の把握が難しい貴金属、絵画、骨董品、家財などは、申請する必要はありません。
- ※ 生活保護を受給されている方は、①・②のみを提出してください。

# 記載例

## 介護保険負担限度額認定申請書

○ 年 ○ 月 ○ 日

大竹市長 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

フリガナ	オオタケ タロウ		被保険者番号	0827-XXXX-XXXX	
被保険者氏名	大竹 太郎		個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
生年月日	○ 年 1 月 1 日		性別	男	
住所	大竹市小方△丁目△番△号		電話番号	0827-XX-XXXX	
入所(入院)した介護保険施設の名称及び所在地(※)	名称 おおたけ	所在地 大竹市小方□丁目□番□号	電話番号	0827-XX-XXXX	
入所(入院)年月日(※)	○ 年 1 月 1 日		※介護保険施設に入所(入院)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、		
配偶者の有無	有		※「無」する場合は		
配偶者のフリガナ	オオタケ ハナコ		個人番号	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
配偶者の氏名	大竹 花子		生年月日	○ 年 2 月 2 日	
配偶者の現住所	大竹市小方△丁目△番△号		電話番号	0827-XX-XXXX	
非課税年金について、当てはまるものに、○をしてください。	課税		非課税		
預貯金等に関する欄には、ご本人と配偶者のお2人の預貯金等の合計額を記入してください。その他欄については、現金や負債などの金額を記入してください。	年金受給	有	年金の種類	遺族年金・障害年金	年金保険者
	金額	3,000,000 円	有価証券(評価概算額)	150,000 円	日本年金機構
	その他(現金・負債を含む)	1,000,000 円	地方公務員共済 国家公務員共済・私学共済		
	※内容を記入してください。				
申請者氏名	大竹 次郎		電話番号	0827-XX-XXXX	
申請者住所	大竹市小方△丁目△番△号		本人との関係	子	

介護保険施設に入所(入院)している場合に記入してください。(ショートステイの場合は記入不要です。)

配偶者「有」の場合に記入してください。(同じ世帯でも記入してください。)

非課税年金について、当てはまるものに、○をしてください。

預貯金等に関する欄には、ご本人と配偶者のお2人の預貯金等の合計額を記入してください。その他欄については、現金や負債などの金額を記入してください。

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。(申請書や添付書類の内容について、お問い合わせをする場合があります。)

### 注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしていない配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族厚生年金を含みます。
- 預貯金等については、同じ口座の預貯金等については、同じ口座に記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白を有効に活用してください。
- 虚偽の申告により不正に特例認定を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定により、認定を取り消すことがあります。

## 記載例

### 同意書

大竹市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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、非課税年金情報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。

○ 年 ○ 月 ○ 日

<本人>

住 所 **大竹市小方1丁目1番1号**

氏 名 **大竹 太郎**

印

認印(朱肉を使った印鑑)を押してください。  
(スタンプ印不可)  
※銀行の届け出印でなくてかまいません。

<配偶者>

住 所 **大竹市小方1丁目1番1号**

氏 名 **大竹 花子**

印

「本人」とは異なる認印(朱肉を使った印鑑)を押してください。(スタンプ印不可)  
※銀行の届け出印でなくてかまいません。