

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年 〇月 〇日

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）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	オオタケ タロウ	被保険者	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。）		
被保険者氏名	大竹 太郎	個人番号			
生年月日	昭和10年 1 月 1 日				
住 所	大竹市小方△丁目△番△号	電話番号	0827-××-××××		
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-××-××××		
入所（入院）年月日（※）	〇 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場合は			
配偶者の有無	有 ・ 無	※「無」にする場合は			
フリガナ	オオタケ ハナコ	個人番号			
氏 名	大竹 花子	生年月日	昭和11年 2 月 2 日		
現 住 所	大竹市小方△丁目△番△号	電話番号			
非課税年金について、当てはまるものに、〇をしてください。	※現住所と異なる場合は、本年1月1日（申請が1月から7月までの場合は前年1月1日）時点の住所を記入してください。				
	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 ・ 無	「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるものすべてに〇をしてください。		
	年金の種類	遺族年金・障害年金	年金保険者	日本年金機構・地方公務員共済 国家公務員共済・私学共済	
	3,000,000円	有価証券 (評価概算額)	150,000円	その他 (現金・負債を含む)	(現金) ※ 1,000,000円
※内容を記入してください。					
(入欄) 被保険者以外の方が申請する場合、下記について記載してください					
申請者氏名	大竹 次郎	電話番号	0827-××-××××		
申請者住所	大竹市小方△丁目△番△号	本人との関係	子		

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者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、遺児年金を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類のものを複数記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入居料金を支払った場合は、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。）

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。

令和 ○ 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**

【本人の住所・氏名を代筆した場合】

☒ 表面の申請代理・代行者欄と同じ

※チェックを入れた場合は代筆理由のみ記載してください

住 所

氏 名

本人との
関 係

代筆理由 **施設入所中のため**

表面に記載した申請者と代筆者が一緒の場合はチェックを入れて代筆理由を記載してください。そうでない場合はチェックを入れずに代筆者の住所、氏名等を記載してください。

<配偶者>

住 所 **大竹市小方1丁目1番1号**

氏 名 **大竹 花子**

【配偶者の住所・氏名を代筆で記入した場合】

☒ 表面の申請代理・代行者欄と同じ

※チェックを入れた場合は代筆理由のみ記載してください

住 所

氏 名

配偶者
との関係

代筆理由 **施設入所中のため**

表面に記載した申請者と代筆者が一緒の場合はチェックを入れて代筆理由を記載してください。そうでない場合はチェックを入れずに代筆者の住所、氏名等を記載してください。