

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

申請日をご記入ください。

年 月 日

(宛先) 白岡市長

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				被保険者番号								
被保険者氏名				個人番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別							
住所	〒 連絡先											
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称（※）	〒 連絡先											
入所（院）年月日 (※)	年	月	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。								

配偶者の有無	有	・	無	左記において については、	個人番号の記載や確認資料の提示が困難 な場合には、個人番号は未記入のまま提出 いただいて差し支えありません。									
配偶者 に関する 事項	フリガナ	同一世帯でない配偶者も 「有」になります。												
	氏名													
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号								
	住所	〒 連絡先												
	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	配偶者の課税状況について、 どちらかに○をつけてください。							

収入等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80.9万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年 額80.9万円を超える120万円以下です。 (受給している年金に○してください)										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年 額120万円を超えるます。 (受給している年金に○してください)										
	収入・預貯金等について、該当するものに 「レ点」をつけてください。											
預貯金等に 関する申告	別紙「預貯金等に関する申告書」のとおり											
	預貯金額	円	有価証券	その他	負債	受給している全 ての年金の保険者に ○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						
預貯金等の金額と通帳の残高が 一致しているか確認してください。 について記載は不要です。												

申請者氏名				連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所				本人との関係
〒				

注意事項

- この申請書における「取扱者」については、世帯会員か、あるいは取扱者又は世帯会員の者が今スナ
- 預貯金等については、ご注意！
・裏面の「同意書」に必ず記入してください。
※同意書の記入がない場合は、申請を受付できません。
- 書き切れない場合は、
・「預貯金等の額がわかる書類」も忘れずに添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特許料金が支給され、支給料金を支給する場合は、特許料金法第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。

裏面もあります

同意書

(宛先) 白岡市長

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。

年 月 日

<本人>

住所
氏名

<配偶者>

住所
氏名

申請書を提出する前にもう一度ご確認ください。

- 別紙の預貯金等に関する申告は記入しましたか？
- 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？
(配偶者のいる方は、配偶者の分のコピーの添付も必要です。)
- 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？