

表面

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

射水市長 あて

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 被保険者氏名	イミヌ タロウ 射水 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1
生年月日	明・大(昭) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女
住所	〒939-0294 射水市新開発410番地1	電話番号	51-6627
入所(院)した 介護保険施設(※)	所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 名称 〇〇〇〇〇〇	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。	
入所(院)年月日(※)	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(※) 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	配偶者が世帯を分けている場合も記入してください。 (配偶者死亡の場合、無)	については、記入不要です。
フリガナ 氏名	イミヌ ハナコ 射水 花子	個人番号	年 月 日
住所	〒 同上	電話番号	
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	配偶者が市町村民税課税の場合は、申請しても認定になりません。	

(※) 配偶者の1月1日現在の住所が射水市でない場合は、1月1日現在住所地の市町村民税非課税証明書

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	いずれかに☑してください。 課税である老齢福祉年金受給者です。	受給している全ての年金保険者に○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(受給している年金に○してください)】の合計額が 年額80万円以下 です。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金があります。以下同じ。	受給している全ての年金の保険者に○してください
預貯金等に関する申告	<input checked="" 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80万円を超えます 。	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です(※)。	預貯金額の合計を記入してください。
預貯金額	3,001,421 円	有価証券(評価概算額)	1,258,400 円
その他(現金・負債含む)			(現金) 244,500 円

(※) 預貯金、有価証券等にかかる本人及び配偶者の通帳等の写し(生活保護受給者は、預貯金等申告及び通帳等の写しは不要)申請者が被保険者の場合は、下記の記入は不要です。

申請者氏名	射水 一郎	電話番号	51-6627
申請者住所	〒939-0294 射水市新開発410番地1	本人との関係	子

【添付書類】

□本人及び配偶者の通帳等の写し(配偶者がいない場合本人のみ)

※通帳等の写しは、銀行名、支店・口座番号・名義のわかる部分と、直近2か月前までの口座残高(年金の振り込み履歴がわかる)部分が必要です。

※夫婦で2千万円、単身で1千万円を超える預貯金等がある場合は、負担限度額認定を受けることができません。

裏面

同意書

射水市長 あて

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、射水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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（注意）金融機関等へ預貯金等の調査の同意がないと申請できません。
※配偶者がいる場合、配偶者の同意も必要です。

〈本人〉

住所 射水市新開発410番地1

氏名 射水 太郎

〈配偶者〉

住所 射水市新開発410番地1

氏名 射水 花子

射水
印代筆
射水一郎
(子)

本人や配偶者が自筆できない時、
代筆者氏名と続柄を記載してください。

射水
印代筆
射水一郎
(子)

申請書（表面）の注意事項

- 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又は内縁関係の者を含みます。
- 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。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか、別紙に記入の上添付してください。
- 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。

◎提出する前にご確認ください。

□押印してありますか。（表面、裏面）

□保有しているすべての通帳等の写しを添付してありますか。

配偶者がいる場合は、配偶者分も同様に必要です。

□通帳は記帳してありますか？（直近2ヶ月の明細を確認します）