

介護保険負担限度額認定申請書

記入例(表面)

表面

年 月 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	イミズ タロウ 射水 太郎	被保険者番号	0000111111
生年月日	昭和〇〇年 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(※)	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	(※)介護保険施設(ショートステイ)を利用している場合	

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、記入不要です。		
フリガナ 氏名	イミズ ハナコ 射水 花子	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日	
課税状況	市町村民税 課税・非課税	個人番号	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)	

収入、預貯金等に関する申告	☐	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である場合、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(受給している年金に〇してください)】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、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。	受給している全ての年金の保険者に〇してください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	☐	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80.9万円超120万円以下です。 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。				
	☐	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120万円を超えます。 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。				
資産について	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を添付してください。(生活保護受給者は、添付不要です。)

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

裏面の「同意書」も必ず記入してください。(申請書の注意事項についても裏面に記載してあります。)

射水市記入欄

(申請の結果、介護保険負担限度額認定となった場合、認定証は施設等へ送付します。)

世帯	課税・非課税	決定	交付・不交付	交付年月日	年 月 日
配偶者	課税・非課税・配偶者なし	適用年月日	年 月 日から 年 月 日まで		
資産等	基準額超・基準額以下	要介護度	利用者負担段階	備考	

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。

（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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〈本 人〉

住所 射水市新開発410番地1

氏名 射水 太郎

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。

代筆
射水一郎
(子)

〈配偶者〉

住所 射水市新開発410番地1

氏名 射水 花子

代筆
射水一郎
(子)

申請書（表面）の注意事項

(1)

◎提出する前にご確認ください。

(2)

□保有しているすべての通帳等の写しを添付すること。

(3)

(4)

配偶者がいる場合は、配偶者分も同様に必要です。

□記帳してあること。（直近2ヶ月の明細を確認します）