

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

阿賀町長様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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	アガ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
被保険者氏名	阿賀太郎	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8
生年月日	昭和23年4月5日	性別	男											
住所	〒959-4495 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地 連絡先 0254-92-5763													
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 連絡先 この欄は、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設に入所（院）されている方、又は入所（院）予定の方のみ記入してください。 （※ショートステイ利用及び医療機関へ入院されている場合は、記入不要です。）													
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「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。									
配氏名	フリガナ アガ ハナコ 阿賀花子											
生年月日	明・大・昭・平 23年4月6日 個人番号 012345678999											
住所	新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地 連絡先 0254-92-5763											
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	配偶者「有」の場合は、配偶者が市町村民税が「課税」「非課税」を確認してどちらか○で囲んでください。 ※配偶者が阿賀町外の場合は、配偶者の非課税証明書（住所地の市町村に申請）を一緒に提出してください。											
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 （受給している年金に〇してください。以下同じ。） ※ 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。										
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。										
	<input checked="" type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは添別	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。										
		預貯金額	2,567,890 円			有価証券	500,000 円			その他（現金・負債）	19,800 円 ※	

申請日の直近2ヶ月以内の預貯金（普通、定期）、証券等の写し等を提出してください。
配偶者有の場合は2名分の写し等を提出してください。（お持ちの口座等全ての写しを添付して下さい）

申請者氏名	上川一郎	連絡先（自宅・勤務先）	0254-95-2211									
申請者住所	新潟県東蒲原郡阿賀町豊川甲236番地										本人との関係	長男

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、余白に記入するか又は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。

同意書

(宛先) 阿賀町長

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、貴町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 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地

氏 名 阿 賀 太 郎

<配偶者>

住 所 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地

氏 名 阿 賀 花 子

<代筆者>

住 所 新潟県東蒲原郡阿賀町豊川甲236番地

氏 名 長男 上 川 一 郎

※注意！

配偶者や預貯金等に関して虚偽の申告を行い不正に負担軽減を受けた場合、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、それまで受けた負担軽減額に加え最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。