

記入例

…すべて記入をお願いします。※裏面に同意書あり

介護保険負担限度額認定申請書

マイナンバーの記入が義務付けられています。
※認知症等で理解が困難な場合は、記入不要です。

(宛先) 光市長

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	ミツイ アイ	被保険者番号	0000000000											
被保険者氏名	光井 あい	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和 99年 7月 1日	性別	女											
住所	光市光井2丁目2番1号													
電話番号	0833-74-3003													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム ○○苑													
電話番号														
入所(院)年月日(※)	令和 3年 4月 1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。														

押印は不要です。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 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。												
フリガナ	ミツイ フクシロウ											
氏名	光井 福祉郎											
生年月日	昭和 99年 7月 2日											
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	光市光井2丁目2番1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	市区町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税											

「配偶者」世帯分離している場合や内縁関係の場合などでも「有」になります。

収入等に関する申告						預貯金等に関する申告						
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	市区町村民税世帯非課税者				<input 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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
<input type="checkbox"/>	市区町村民税世帯非課税者	市区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120万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)				<input type="checkbox"/>	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。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
<input checked="" type="checkbox"/>	市区町村民税世帯非課税者	市区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120万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)				<input checked="" type="checkbox"/>	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。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
<input type="checkbox"/>	市区町村民税世帯非課税者	市区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。 (受給している年金に〇して下さい)				<input type="checkbox"/>	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。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
① 預貯金額 円						② 有価証券 (評価概算額) 円						
③ その他 (現金・負債を含む) 円												

「収入等に関する申告」分かる範囲で✓を入れてください。非課税年金の種類や年金保険者への〇付けも忘れずにしてください。

受給している全ての年金の保険者に〇して下さい
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	光井 中央	連絡先(自宅・勤務先)	0833-72-1400
申請者住所	光市中央6丁目1番1号	本人との関係	長男

注意事項
(1) 被保険者本人以外が申請書を提出される場合は、必ず記入してください。
(2) の者を含みます。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。
※光市記入欄(記入しないでください)

利用者負担段階	「預貯金等に関する申告」預貯金等の合計額(下記①~③の合計額)が、✓を入れた収入等に関する申告欄の右側の欄の金額を下回る場合に✓を入れてください。		
添付書類確認	<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 通帳等の写し	
適用期間	預貯金等の金額 ①本人(と配偶者)の定期預金やその他の預金を含む全ての口座の預貯金額の合計を記入 ②所有する株式など有価証券の額、貴金属の時価評価額、農協等への出資金の額などを記入 ③手持ちの現金の額や負債があればその額を記入		
決定日			

同意書

光市長 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、年金保険者または銀行、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、光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

同意書に署名した日を記入

<本人>

住 所 光市光井2丁目2番1号

氏 名 光井 あい

<配偶者>

住 所 光市光井2丁目2番1号

氏 名 光井 福祉郎

市記入欄

マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> 本人の身元確認				
	<input type="checkbox"/> 代理人の身元確認				
備考	①個人番号カード・運転免許証・介護支援専門員証・その他（ ）				
	②介護保険被保険者証・負担割合証・医療保険証・年金手帳・預金通帳・その他（ ）				
	<input type="checkbox"/> 個人番号の確認				
	個人番号カード(写真入り)・通知カード(紙)・個人番号が記載された住民票				
	<input type="checkbox"/> 代理権の確認				
	<input type="checkbox"/> 法定代理人 → <input type="checkbox"/> 戸籍謄本、審判確定通知その他法定代理人であることを証明する書類				
決裁欄	<input type="checkbox"/> 任意代理人				
	委任状・本人の介護保険被保険者証・本人の医療保険証・その他（ ）				
決裁欄	受付	確認	担当	係長	課長