

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先）

逗子市長

※ペン又はボールペンで記入してください。（消せるボールペンは使用不可）

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	ズシ タロウ		被保険者番号														
	逗子 太郎		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
			生 年 月 日	昭和 7 年 7 月 7													
住所	逗子市逗子〇丁目〇番〇号												電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒249-0006 逗子市逗子〇丁目〇番〇号 特別養護老人ホーム 〇〇苑												電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
入所（院）年月日 （※）	平成 25 年 10 月 10 日				（※）介護保険施設に入所（ショートステイを利用して												
配偶者の有無	有・無																
配偶者に関する事項	フリガナ	ズシ ハナコ															
	氏 名	逗子 花子															
	生 年 月 日	昭和 15 年 10 月 10 日				個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
	住 所	〒249-0006 逗子市逗子〇丁目〇番〇号												電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	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																
収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税者である場合															
	☒	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 82.65 万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、生															
	☐	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】の年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。															
	☐	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 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の方は 650 万円（同）、④の方は 500 万円（同）、⑤の方は 500 万円（同） ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合															
	預貯金額	円				有価証券 （評価概算額）											

該当を○で囲んで下さい。

「有」の場合は、「配偶者に関する事項」を記入してください。

該当を○で囲んで下さい。

わかる範囲で結構です。

遺族年金や障害年金を受給されている場合は、必ず、該当を○で囲んでください。

該当箇所には点を入れてください。

※いずれも該当しない方は対象外です。（負担の軽減は受けられません。）

※申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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「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、その全てを記入し、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。

預貯金等に関する申告の詳細

① 預貯金額（通帳、インターネットバンクの口座番号及び最終残高の写し）

名義人	金融機関等名称	店舗名（支店名）	金額（円）
逗子太郎	〇〇銀行	〇〇支店	〇〇〇円
逗子花子	△△銀行	△△支店	〇〇〇円
年金の受取口座の通帳、定期預金等の通帳 など、漏れなく記入してください。			
		合計	〇〇〇円

② 有価証券（銀行、証券会社等の取引明細、口座残高の写し）

名義人	金融機関等名称	店舗名（支店名）	金額（円）
逗子太郎	〇〇証券	〇〇支店	〇〇〇円
②・③がない場合はゼロをご記入ください。			
		合計	〇〇〇円

③ その他（現金：タンス預金など含む、借入金：残高証明など）

名義人	内容	金融機関等名称	店舗名（支店名）	金額（円）
			合計	

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があると認められる場合、本人及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券、信託会社その他の機関に
私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券の状況を記載し、日付を記入してください。 提出することに同意します。

必ず記入してください。

<本人>住所 逗子市逗子〇丁目〇番〇号

氏名 逗子 太郎

配偶者がいらっしゃる場合
のみ記入してください

<配偶者>住所 逗子市逗子〇丁目〇番〇号

氏名 逗子 花子

年 月 日