

【記入例】

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○丁目○番○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○丁目○番○号 特別養護老人ホーム ○○苑													
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												
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○丁目○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										
収入等に 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												
	<input checked="" 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 80.9 万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、半												
	<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 年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。												
	<input 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 年額 120 万円を超えます。												
	<input type="checkbox"/>	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（夫婦は 1,300 万円）、④の方は 550 万円（同 1,150 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,000 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）												
預貯金等に する申告 ※通帳等の写し は別添	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)											
	該当箇所にレ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														
申請者氏名														
申請者住所 〒														
連絡先（自宅・勤務先）														
本人との関係														

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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	○○銀行	○○支店	○○○円
逗子花子	△△銀行	△△支店	○○○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	○○○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	○○証券	○○支店	○○○円
		合計	○○○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 私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに	
必ず記入してください。 日付を記入してください。 行、信託会社その他の機関に お手数ですが、ご理解していただけますこと に同意します。	
年 月 日	
必ず記入してください。 <本人>住所 逗子市逗子○丁目○番○号	
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○丁目○番○号	
氏名 逗子 太郎 <配偶者>住所 逗子市逗子○丁目○番○号	
氏名 逗子 花子	

