

記入例

(表)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 4 年 7 月 〇 日

白鷹町長 様

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	シラタカ タロウ	保険者番号	0 6 4 0 2 2
被保険者氏名	白鷹 太郎	被保険者番号	
個人番号			
生年月日	昭和 5 年 10 月 1 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 992-0831 白鷹町大字荒砥甲 〇〇〇 番地	連絡先	85-XXXX
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名(※)	〒	連絡先	
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。	
配偶者に関する事項	フリガナ	配偶者と同居している場合は記入する必要はありません。	
	氏 名		
	生年月日		昭和 7 年 11 月 1 日
	住 所		白鷹町大字中山 △△△ 番地
	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	<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	受給している全ての年金の保険者に○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		
	<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80万円以下です。 <small>(受給している年金に○してください。以下同じ。)</small> ※ 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	<input 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	3,000,000円	有価証券(評価概算額)	100,000円	その他(現金・負債を含む)

申請者氏名	保有する全ての預貯金額(定期も含む)、有価証券額等も記入してください。	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」は、申請者が本人と違う場合、申請者の氏名、電話番号、住所、本人との関係を記入してください。
- 預貯金については、同じ種類の通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白を有効に活用してください。
- 虚偽の申告により不正に特例給付を受けた場合は、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

白鷹町長 殿

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 4 年 7 月 〇 日

〈本人〉

住 所 白鷹町大字荒砥甲 〇〇〇 番地

氏 名 白 鷹 太 郎

〈配偶者〉

住 所 白鷹町大字中山 △△△ 番地

氏 名 白 鷹 鮎 子

本人・配偶者
それぞれご記入
ください。
自筆で記入が
困難な場合は、
代筆も可能です。