

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○ 年 △ 月 ○ 日

習志野市長 宛て

介護保険法施行規則第83条の5第1号から第3号次のおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に

個人番号がわからない場合、記入は不要です

97条の3第1号から第3号までのいずれかに該当するため、限度額認定を申請します。

フリガナ	ナラシノ ハナコ		被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
被保険者氏名	習志野 花子		個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
生年月日	大・ 昭 ○年 △月 ○日												
住所	275-0014 習志野市鷺沼2-1-1			電話番号 ○△○- ○△○- ○△○△									
	名称	特別養護老人ホーム ○△苑	入所(院)年月日	平成 ○年 △月 ○日									
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	所在地	〒275-0014 習志野市鷺沼1-1-1			電話番号 ○△○- ○△○- ○△○△								

※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。

○提出者に関する事項 ※提出者が被保険者本人の場合は、記入不要です。

フリガナ	ナラシノ タロウ	本人との関係	夫
提出者氏名	習志野 太郎		
提出者住所	習志野市鷺沼1-1-1		電話番号 ○△○- ○△○- ○△○△

※被保険者本人が生活保護を受給している場合は、以下及び裏面は記入不要です。

○配偶者に関する事項

有無のいずれかに○をつけてください

個人番号がわからない場合は、記入不要です

配偶者の有無	有・無													
フリガナ	ナラシノ タロウ		個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	氏名	習志野 太郎		生年月日	明・大 昭 ・平 ○年 △月 ○日									
住所	〒275-0014 習志野市鷺沼1-1-1			電話番号 ○△○- ○△○- ○△○△										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			〒 -										
市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税		配偶者に含まれる者 ・ 配偶者(住民票の別は問いません。) ・ 事実婚 配偶者に含まれない者 ・ 行方不明 ・ DV防止法に規定する暴力があった場合											

◎裏面(収入や預貯金等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

配偶者が課税者である場合には、認定の対象となりません

承認する(承認しない)理由: 課税 配偶者・資産)	確認チェック欄		
利用者負担段階 第 1・2・3-①・3-② 段階 その他()	番号確認	本人確認	代理権
認定期間 年 月 日 から 年 月 日	済・未	済・未	済・未
送付先 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> 送付先(特殊事情)	済・未	済・未	済・未
保留理由 <input type="checkbox"/> 市町村民税未申告 < 市民税課申告・簡易申告・転入者(/ 所得照会依頼済) > <input type="checkbox"/> 認定申請中(/ 新規認定申請 / 認定審査会) <input type="checkbox"/> その他()			

(表面からの続き)

非課税年金の受給がある場合は、年金の種類と年金保険者の該当するところに○をつけてください

○ 収入等に関する申告

非課税年金(遺族年金※・障害年金)受給の有無
 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金又は遺児年金を含みます。

有 無 有無のいずれかに○をつけてください

有の場合は、年金の種類及び年金保険者の該当するところに○をつけてください。
 年金の種類：(遺族年金) 障害年金
 年金保険者：(日本年金機構)・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済

あてはまる□に✓(チェック)を入れてください

収入等に関する申告

生活保護受給者または、市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。

市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額並びに課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。

市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額並びに課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。

市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額並びに課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。

○ 預貯金等に関する申告 ※配偶者の預貯金等も記入してください。

種類	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金	習志野 花子	習志野銀行 鷺沼支店	2,000,000円
	習志野 太郎	習志野銀行 鷺沼支店	3,000,000円
	習志野 太郎	習志野銀行 津田沼支店	1,000,000円
有価証券等	氏名	種類	評価概算額
	習志野 太郎	投資信託 (グローバル・オープン)	1,500,000円
その他 (負債・現金等)	氏名	種類	金額
	習志野 花子	現金	100,000円
	習志野 太郎	現金	100,000円
合計			7,700,000円

※下記の必要書類を添付してください。

- 預貯金通帳の写し…表紙・表紙の裏面・最終残高と2か月前からの履歴が分かるページ・総合口座定期等付帯の預貯金のページ ※別添の「預貯金(定期・普通・総合)の通帳の写しについて」参照
- 有価証券(株式・国債など)…証券会社や金融機関の口座残高の写し
- 負債(借入金・住宅ローンなど)…借用书など

預貯金等の合計額が、負担段階の基準額を超える場合は、認定の対象となりません

同意書

習志野市長 宛て

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、習志野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。

令和 ○ 年 △ 月 ○ 日

<本人>

住所 習志野市鷺沼1-1-1

氏名 習志野 花子

印

押印してください

※シャチハタ不可

<配偶者>

住所 習志野市鷺沼1-1-1

氏名 習志野 太郎

印

押印してください

※シャチハタ不可

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、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。