

# 記載例

## 介護保険負担限度額認定申請書

介護保険証の被保険者番号を記入してください。

年 月 日

三原市長様

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。

**新規**・更新

フリガナ	みはら たろう		被保険者番号	* * * * * * * * * *										
被保険者氏名	三原 太郎		個人番号(空欄可)											
生年月日	明・大・ <b>昭</b>	**年	**月	**日										
住所	三原市〇〇町一丁目1番1号													
	連絡先 0848-〇〇-1111													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※1)	三原市〇〇町二丁目2番2号		〇〇〇〇〇〇〇〇	施設名を記載してください。										
	連絡先 0848-〇〇-2222													
入所(院)年月日(※1)	**年 **月 **日		(※1)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	<b>有</b> ・ 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	みはら はなこ												
	氏名	三原 花子												
	生年月日	明・大・ <b>昭</b>	**年 **月 **日	個人番号(空欄可)										
	住所	〇〇市〇〇町三丁目3番3番												
		連絡先 0848-〇〇-3333												
本年1日現在所(現住所)異なる場合	配偶者について、三原市に住所が無い場合は、非課税の場合も含め、課税証明を添付してください。													
課税状況	市民税 課税		<b>非課税</b>											

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	③市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※2・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。(受給している年金に〇してください。以下同じ。) ※2 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市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※2・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。									
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	⑤市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※2・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 120 万円を超えます。									
		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1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。									
	預金金額	4,001,234 円	有価証券(評価概算額)	500,789 円	その他(現金・負債を含む)	876,543 円	(タンス預金)※3				
	※3 内容を記入して下さい。										

2か月分の通帳の写しを添付してください。

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	三原 三郎	取引残高報告書を添付してください。	連絡先(自宅・勤務先)	0848-〇〇-5555
申請者住所	三原市〇〇町五丁目5番5号		本人との関係	子

### 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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
  - 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。
  - 申請者が後見人等の場合には、登記事項証明書の写しを添付してください。
- ※裏面も記入してください。

# 同意書

三原市長様

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

〈 本人 〉

住所 三原市〇〇町一丁目1番1号  
氏名 三原 太郎

手書きしない場合（パソコン入力等）は、押印が必要です。

〈 配偶者 〉

住所 〇〇市〇〇町三丁目3番3番  
氏名 三原 花子

表面の配偶者について記載をした場合は、必ず配偶者の同意を受けてください。

〈 代筆者 〉

住所 〇〇市〇〇町五丁目5番5番  
氏名 三原 二郎

「同意書」欄を代筆した場合は、必ず記入してください。

※本人または代筆者が手書きしない場合は、それぞれに記名押印してください。

※負担限度額申請に際し、本人の住所以外の場所に結果の送付を希望する場合は下欄への記入が必要です。

送付先住所 三原市〇〇町五丁目5番5号	送付先氏名 三原 三郎	被保険者との関係 子
------------------------	----------------	---------------

結果については上記の者宛てに送付してください。

本人氏名 三原 太郎	本人の住所地以外への送付が必要な理由 〇〇〇により、郵便物の管理ができないため
---------------	--

※預貯金等の範囲については下記のとおりです。確認方法の書類を必ず添付してください。

夫婦の場合は、配偶者の書類も添付してください。  
(預貯金等の範囲)

結果通知の送付先を別途希望する場合は記入してください。

種類	対象か否か	確認方法
預貯金(普通・定期)	○	通帳の写し(※表紙をめくった1ページ目の口座番号・支店・名義人が分かる部分、および申請日の直近から2か月前までの期間の写し、入出金の最終記載日が2か月以上前の場合は、最終残高が分かる部分の写し) (定期預金残高が分かるページの写し) (インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	○	証券会社や銀行の口座残高の写し(取引残高報告書で確認する) (ウェブサイトの写しも可)
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	○	購入先の銀行等の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)
投資信託	○	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)
タンス預金(現金)	○	自己申告
負債(借入金・住宅ローンなど)	○	借用証書などの写し
生命保険	×	—
自動車	×	—
貴金属(腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの)	×	—
その他高価な価値のあるもの(絵画・骨董品・家財など)	×	—