

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

阿賀町長様

令和元年 8 月 1 日

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	アガ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
被保険者氏名	阿賀太郎	阿賀印	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	8
生年月日	明・大・昭	23年	4月	5日	性別	男	女								
住所	〒959-4495 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地 連絡先 0254-92-5763														

入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 連絡先 この欄は、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設に入所（院）されている方、又は入所（院）予定の方のみ記入してください。 （※ショートステイ利用及び医療機関へ入院されている場合は、記入不要です）。												
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	アガ ハナコ																
氏名	阿賀花子																	
生年月日	明・大・昭	平	23年	4月	6日	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	9
住所	新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地 連絡先 0254-92-5763																	
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	配偶者「有」の場合は、配偶者が市町村民税が「課税」「非課税」を確認してどちらか○で囲んでください。 ※配偶者が阿賀町外の場合は、配偶者の非課税証明書（住所地の市町村に申請）を一緒に提出してください。																	
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"/>	生活保護受給者/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○してください 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 type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※ 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。															
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。															
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり															
	預貯金額	2,567,890	円	有価証券	500,000	円	その他（税金・負債）	19,800	円	※							

申請日の直近2ヶ月以内の預貯金（普通、定期）、証券等の写し等を提出してください。
配偶者有の場合は2名分の写し等を提出してください。（お持ちの口座等全ての写しを添付して下さい）

申請者氏名	鹿瀬一郎	連絡先（自宅・勤務先）	0254-99-2311
申請者住所	新潟県東蒲原郡阿賀町豊川甲236番地	本人との関係	長男

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。

同意書

(宛先) 阿賀町長

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 元 年 8 月 1 日

<本人>

住 所 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地
氏 名 阿 賀 太 郎

阿賀
印

<配偶者>

住 所 新潟県東蒲原郡阿賀町津川580番地
氏 名 阿 賀 花 子

阿賀
印

代筆者 新潟県東蒲原郡阿賀町豊川甲236番地

長男 鹿 瀬 一 郎

代筆者の場合は、氏名の下に代筆者の「住所」「氏名」「続柄」を記載して下さい。

※注意！

配偶者や預貯金等に関して虚偽の申告を行い、不正に負担軽減を受けた場合には介護保険法第22条第1項の規定に基づきそれまで受けた負担軽減額に加え最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

介護保険負担限度額認定申請書

阿賀町長様

年 月 日

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				被保険者番号																
被保険者氏名	⑨			個人番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
住所	〒 連絡先																			
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 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																			
	氏名																			
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	個人番号														
	住所	〒 連絡先																		
	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"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																	
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 （受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円以下 です。 <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。</small>																	
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 （受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円を超えます 。																	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																	
	預貯金額	円			有価証券 <small>（評価概算額）</small>	円			その他 <small>（現金・負債を含む）</small>	（ ）※ 円								

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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	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。

同意書

(宛先) 阿賀町長

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 年 月 日

<本人>

住 所
氏 名

印

<配偶者>

住 所
氏 名

印