

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

記入例

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申請書

捺印をお願いします。

フリガナ	カワチ タロウ		
被保険者氏名	河内 太郎	被保険者番号	1111111111
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住 所	〒 586 - 8501 河内長野市原町一丁目1番1号 電話番号 ( )		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 -		
入所(入院)年月日(※)	平成 年 月 日	※介護保険施設へ入所(入院)しない場合及びショート利用の場合、記入不要です。	

① 申請される被保険者の方の氏名住所等を記入してください。押印もお願いします。入所(入院)されている方は、施設なども記入してください。

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、記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	カワチ タロウ
	氏名	河内 長子
	生年月日	明・大・昭 年
	住所	河内長野市原町一丁目1番1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	住民税 課税	

② 配偶者(別世帯、内縁含む)がおられる方は、配偶者の方の氏名住所等を記入してください。配偶者の方の課税状況も確認下さい。※現住所と異なる場合は、本年1月1日現在に住まれている住所をお願いします。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/住民税非課税世帯である。	の年金の保険者に○して下さい
	<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。	
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	住民税世帯非課税者であって、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。(受給している年金に○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"/>	預貯金、有価証券等の合計金額の合計が100万円を超えている場合は、 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。	
	預貯金	6,000,000円	有価証券(評価概算額)

③ 被保険者の方の収入状況、預貯金等に関して申告をお願いします。配偶者の有無で、有を選択された方は配偶者の方との合計額を記入してください。

④ 非課税年金(遺族年金・障害年金・その他)を受給されている方は、受給している年金に○をして下さい。

代理で申請される場合

申請者氏名	連絡先
申請者住所	被保険者との関係

⑤ 表面の記入後、裏面の同意書にも必ず記入ください。配偶者がおられる方は、配偶者の方の署名・捺印も必要です。

# 記入例

## 同意書

(宛先)河内長野市長

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

① 被保険者の方の住所、氏名、捺印をお願いします。

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

② 配偶者の方がおられる場合、こちらもお願いします。

住所

氏名

印