

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 河内長野市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度認定の申請をします。

フリガナ	カワチ タロウ		被保険者番号	111111111
被保険者氏名	河内 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
生年月日	明・大・昭 年月日			
住所	〒 586 - 8501 河内長野市原町一丁目1番1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	

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。
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	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 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 カコ	
	氏名	河内 長子	
	生年月日	明・大・昭 年月	
	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。

③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。

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老齢福祉	
	<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・障害年金・その他】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。	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 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)	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の合計金額の合計が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紙のとおり	
	預貯金	6,000,000円	有価証券

④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。

代理で申請される場合

申請者氏名
申請者住所

⑥被保険者名義(配偶者分を含む)の預貯金通帳・有価証券の写しが必要となります。
・口座名義人がわかるページ
・最終残高がわかるページ
をセットにしてください。

(キャッシュカード及びATMの利用明細の写しは不可)

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

<本人>

① 被保険者の方の住所、氏名の記入をお願いします。

住所

氏名

<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