

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年〇月〇日

佐伯市長 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。

〇申請日を記入してください。

フリガナ 被保険者氏名	サイキ タロウ 佐伯 太郎	被保険者番号	12345678901
		個人番号	1234 5678 9012
生年月日	明 大 昭 〇〇 年 〇 月 〇 日		
住所	〒 876-0000 佐伯市中村南町1番1号	連絡先	0972 - 〇〇 - 〇〇〇〇
入所(院)した 介護保険施設の所在地 及び名称(※)	〒 876-0000 佐伯市〇〇町〇番〇号	連絡先	0972 - 〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇介護老人福祉施設
入所(院) 年月日(※)	令和〇年〇月〇日	(※) 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	〇配偶者がいる場合に記入してください。	
配偶者に関する事項	フリガナ 氏 名	サイキ ハナコ 佐伯 花子	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	個人番号 100000001
	住 所	〒 876-0000 佐伯市中村南町1番1号	連絡先 090-0000-0000
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒 870-0000 大分市〇〇町〇番〇号	〇本年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合に記入してください。
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	〇該当する箇所に✓を記入してください。
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・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下さい。以下同じ) ※ 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。	
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・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。	
	☒	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・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。	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が(1)1650万円、(2)1550万円、(3)1450万円、(4)1350万円、(5)1250万円、(6)1150万円、(7)1050万円、(8)950万円、(9)850万円、(10)750万円、(11)650万円、(12)550万円、(13)450万円、(14)350万円、(15)250万円、(16)150万円、(17)50万円、(18)0円、(19)その他(現金・負債を含む) ※内容について記入してください。	〇被保険者(配偶者が「有」なら配偶者分との合計)の預貯金等を全て記入してください。
	預貯金額	1, 234, 567 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	佐伯 花子	〇申請者の住所・名前等を全て記入してください。 * 消えるボールペンは使用できません。
申請者住所 〒	876-0000 佐伯市〇〇町〇〇番地	

注意事項

- この申請者における「配偶者」については、世帯分離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。

同意書

佐伯市長 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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

同意日を記入してください

【本人】 住所 佐伯市△△町△番△号

氏名 佐伯 太郎

【配偶者】 住所 佐伯市△△町△番△号

氏名 佐伯 花子

○預貯金等について、複数の口座をお持ちであればそのすべての通帳の写しが必要です。

○定期預金も写しが必要です。

○預金通帳の写しは、2か所(口座名義等の記載ページと口座残高の記載ページ) 必要です。

①「名義」「口座番号」の書いているページ

②申請日から2か月前までの記帳がある最新のページ

参考：預金通帳の写し

普通預金
サ行 ㊦ ㊦ ㊦ 口座番号 XXXXXXXX
□□銀行
××支店
0972 (XX) XXXX

~~~~~

普通預金 4  
日 付 摘 要 お払戻し金額 お預かり金額 差引残額  
27-2-15 コミンネン 50,000 4,411,087  
27-4-15 コミンネン 50,000 4,461,087  
27-6-15 コミンネン 50,000 4,511,087  
27-6-25 コカ カイ 1,234 4,512,321

~~~~~

預貯金額の記入欄と同じになります。

注意：複数口座がある又は配偶者が居る場合は、それぞれ①②の写しを用意し、合計してご記入ください