

## 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

〇申請日を記入してください。

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<br>被保険者氏名                   | サイキ タロウ<br>佐伯 太郎                                                   | 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |   |   |
|                                  |                                                                    | 個人番号   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 生年月日                             | 明 大 昭 〇〇 年 〇 月 〇 日                                                 |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住 所                              | 〒 876 - 8585 連絡先 0972 - 〇〇 - 〇〇〇〇<br>佐伯市中村南町1番1号                   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)した介護<br>保険施設の所在<br>地及び名称(※) | 〒 876 - 0000 連絡先 0972 - 〇〇 - 〇〇〇〇<br>佐伯市〇〇町〇番〇号 特別養護老人ホーム〇〇        |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)<br>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                          |                                                  | 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<br>氏 名                    | サイキ ハナコ<br>佐伯 花子                                 |                                          | 〇配偶者がいる場合に記入してください。              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|           | 生年月日                           | 昭和〇年〇月〇日                                         |                                          | 個人番号                             | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 9 | 8 |
|           | 住 所                            | 〒 876 - 8585 連絡先 0972 - 〇〇 - 〇〇〇〇<br>佐伯市中村南町1番1号 |                                          |                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|           | 本年1月1日<br>現在の住所<br>(現住所と異なる場合) | 〒 870 - 0000                                     |                                          | 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                | <input type="checkbox"/>            | ①生活保護受給者/②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"/>            | 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80.9万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)<br>※ 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80.9万円を超え、120万円以下です。                                                          |  |                 |   |  |                   |                             |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | <input checked="" type="checkbox"/> | 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<br>※通帳等の写しは別添 | <input checked="" type="checkbox"/> | 〇被保険者(配偶者が「有」の場合は配偶者分との合計)の預貯金等を全て記入してください。                                                                                              |  |                 |   |  |                   |                             |  |  |  |  |  |  |  |
|                          | 預貯金額                                | 1,234,567 円                                                                                                                              |  | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 |  | その他<br>(現金・負債を含む) | ( ) ※ 円<br>※内容について記入してください。 |  |  |  |  |  |  |  |

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 | 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。<br>*消えるボールペンは使用できません。<br>〇施設職員等が代行される場合は施設の住所・名称等が印字されたゴム印の押印も可とします。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者住所 | 〒 876 - 8585 佐伯市中村南町 1 |  |                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 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別居している配偶者を指します。
- 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、それぞれについて記入してください。
- 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

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。

同意日を記入してください

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

【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