

★記入例を参考にご記入ください。

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

南部箕紋屋広域連合長 様 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費()を申請します。

フリガナ	ナンブ ミノハイ	保険者番号	1 3 1 0 0 0 0 0 0 0
被保険者氏名	南部 箕平	個人番号	
生年月日	明・大・ 昭 ○○年 △△月 □□日	性別	男 ・ 女
住所	〒680-0000 ○○町△△ 77番地	連絡先	××-××××
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒680-0000 ○○町△△ 55番地 特別養護老人ホーム○○苑	連絡先	△△-△△△△
入所(院)年月日(※)	昭・平 令 ○○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。	

押印は不要です。

申請書を提出する日をご記入下さい。

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、記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	ナンブ カヤコ		
	氏名	南部 カヤ子		
	生年月日	明・大・ 昭 ・平 △△年○○月 □日	個人番号	
	住所	〒680-0000 ○○町△△ 77番地	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		

・配偶者がおられる方は、世帯分離している場合も記入して下さい。(内縁関係も同様)
・配偶者の居住地が、南部町・伯耆町・日吉津村以外の場合は、課税証明書を添付して下さい。

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 checked="" type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○して下さい) 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の ※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。
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○して下さい) 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の ※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。
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○して下さい) 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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。

非課税年金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。

預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	①預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
	※通帳等の写しは別添	預貯金額	5,000,000 円	有価証券(評価概算額)	20,000 円	その他(現金・負債を含みます)

本人(配偶者がおられる方は夫婦両方)の通帳残高の合計金額(定期預金等も含む)の記入をしてください。
★通帳等の写しの添付は必須です★

申請者氏名	広域 連合太	連絡先(自宅・勤務先) □□-△△
申請者住所	○○県□□市△△ 33番地	本人との関係 子

注意事項

連絡先は屋間連絡のつく電話番号を記入してください。

(1) この申請書における「配偶者」は、世帯分離している場合も記入して下さい。
(2) 預貯金等については、同じ種類を複数記入して下さい。
(3) 書き切れない場合は、余白に記入して下さい。
(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。

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。
通帳等の写しを添付して下さい。

※非課税年金とは？

年金保険者から通知される振込通知書、支払通知書、改定通知書などに「遺族」や「障害」が印字された年金(遺族基礎年金、障害厚生年金など)のことです。

その他、「寡婦」「かん夫」「母子」「準母子」「遺児」と印字された年金も遺族年金に含まれます。(弔慰金・給付金などは対象外です。)

☆裏面の同意書記入例もご確認ください。

同意書 記入例

同意書

南部箕蚊屋広域連合長 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、貴連合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。

申請される日を記入してください

年 月 日

代筆等、本人以外による記名の場合には押印が必要です。

< 本人 >

住所 ○○町△△77番地

氏名 南部 箕平

南部

※氏名が自署の場合は押印省略可

< 配偶者 >

住所 ○○町△△77番地

氏名 南部 カヤ子

印

※氏名が自署の場合は押印省略可

代筆者氏名 南部 カヤ子 (本人との関係 妻)

代筆した場合のみ記入してください。

本人以外の方が代筆された場合には、こちらに代筆者の氏名等を記入願います。

< 注意事項 確認欄 >

次の内容をご確認いただき、ご理解いただいたうえで□にチェック(☑:し点)

ご不明な点は、申請窓口までお問い合わせください。

本同意書に基づき、ご本人様(及び配偶者様)に係る預貯金額を金融機関に照会する場合があります。

申請者様から申告いただいた内容に基づき負担限度額認定の判定を行います。照会により預貯金額が要件を満たさない場合は、申請日に遡り認定が取り消されます。

負担限度額認定が取り消された場合、遡って返還金等が発生する場合があります。

必ずお読みいただき、チェックをお願いします。