

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

○○年○月○日

熊取町長 殿

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	クマトリ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
被保険者氏名	熊取 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
生年月日	明・大・昭	1	年	2	月	3	日	生				
住所	〒590-0451 泉南郡熊取町野田○丁目○番○号	連絡先	072-○○○-○○○○									
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒○○○-○○○○ 特別養護老人ホーム○○○○	連絡先	072-○○○-○○○○									
入所(院) 年月日(※)	○○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。										

※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	連絡先 (自宅・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

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	クマトリ ハナコ														
	氏名	熊取 花子														
	生年月日	昭和3年 2月 1日生	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	
	住所	〒△△△-△△△△△ △△△市△△丁目△番△号	連絡先	△△△-△△△△-△△△△△												
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒×××-×××× ×××市×××丁目×番×号	配偶者が本年1月1日現在、熊取町に住民登録がない場合で申請書に配偶者の個人番号(マイナンバー)の記入ができない場合は、本年1月1日現在、住民登録のあった市町村で発行された課税証明書をご提出ください。 ※「本年1月1日現在」…申請月が1月から7月の場合は、「前年1月1日現在」となります。													
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税											

※ この申請書における「配偶者」については、住居を別にしている配偶者や内縁関係の者を含みます。

配偶者が、熊取町以外の市町村に居住している場合は、配偶者の課税証明書を添付してください。

収入等に 関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／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"/> 市町村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80万9,000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、遺児年金を含みます。以下同じ。
	<input type="checkbox"/> 市町村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80万9,000円を超えます。 (受給している年金に○して下さい)

○裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

(表面)

(表面からの続き)

預貯金等に 関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が認定要件以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
種類	氏名（口座名義）	金融機関名	支店名	預貯金額
預貯金 (普通・定期など)	熊取 太郎	○○銀行	イ 支店	1,000,123円
	熊取 太郎	△△銀行	ロ 支店	200,456円
	熊取 花子	○○銀行	ハ 支店	1,200,789円
			支店	円
有価証券等 (株式・国債など)	氏名	種類	評価概算額	
	熊取 太郎	国債	5,000,123円	円
その他 (負債・現金など) ※負債(借入金・住宅 ローンなど)	氏名	種類	金額	
	熊取 太郎	住宅ローン	△3,000,456円	
	熊取 花子	現金	500,789円	
預貯金等の額の確認書類については、名義人・ 金額等がわかるように写しを添付してください。			合計	4,901,824円

※ 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。

注意事項

※ 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

同意書については必ず自署で記入してく
ださい。

熊取町長 殿

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、貴町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〉 〒〇〇〇-〇〇〇〇
住所 泉南郡熊取町〇〇〇丁目〇番〇号
氏名 熊取 太郎

〈配偶者〉 〒△△△-△△△△△
住所 △△△市△△丁目△番△号
氏名 熊取 花子

(裏面)