

ご家族等による代理申請も可能です。

介護保険負担限度額認定申請書(記入例)

R6年7月8日

(申請先)

いちき串木野市長 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。

フリガナ	クシキ/ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
保険者氏名	串木野 太郎		個人番号											
生年月日	明	・	大	・	昭	年								
住 所	いちき串木野市昭和通133番地1													
	連絡先 0996-33-5673													
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 いちき園													
	連絡先 0996-21-2157													
入所(院)年月日(※)	平成29年 3月 20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	<input checked="" type="radio"/> 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	クシキ/ ハナコ												
	氏 名	串木野 花子												
	生年月日													
	住 所	いちき串木野市昭和通133番地1												
		連絡先 0996-33-5673												
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	当てはまる方に丸をしてください。													
課税状況	市町村民税	課税	<input checked="" type="radio"/> 非課税											

配偶者がお亡くなりになられている場合は「無」に丸をしてください。

当てはまる方に丸をしてください。

あてはまる項目の□にをしてください
遺族年金や障害年金を受給されている場合は、受給している方に丸をしてください。

<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 万円以下です。(受給している年金に○して下さい) <small>※ 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。</small> <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、120 万円以下です。(受給している年金に○して下さい) <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 120 万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 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。 <small>※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。</small>
	預貯金額 250,000 円 有価証券(評価概算額) 300,000 円 その他(現金・負債含む) (現金)※ 10,000 円

別表の合計金額と合致するように記入してください。 ※内容を記入してください。
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	串木野 花子	連絡先	0996-33-5673
申請者住所	〒 896-0000 いちき串木野市昭和通133番地1	本人との関係	妻

注意事項

- この申請にいらっしゃった方や申請書を記入された方の氏名・住所・日中連絡が取れる連絡先・続柄
- 預貯金を記入してください。(不明な点等がある際にはご連絡させていただく場合があります)
- 書き
- 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

送付先：本人

負担限度額認定証の送付先を記入してください。
(例：本人、申請者、施設 など)

様式第 26 号の 2 (第 27 条関係)

同意書 (記入例)

いちき串木野市長 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。

R6 年 **7** 月 **8** 日

日付は申請日を記入してください。

〈本人〉

住所 **いちき串木野市昭和通 1 3 3 番地 1**

氏名 **串木野 太郎**

配偶者が亡くなっている場合は、記入は不要です。

〈配偶者〉

住所 **いちき串木野市昭和通 1 3 3 番地 1**

氏名 **串木野 花子**

資産の詳細について

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1
被保険者氏名	串木野 太郎

口座は普通・定期預金など名称や種類は問わずに、提出をしてください。

預貯金等（口座の種別は問いません）および現金

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象	残高	市確認欄
1	123銀行	A支店	0000001	串木野 太郎	本・配	200.000	
2	456銀行	B支店	0000002	串木野 太郎	本・配	20.000	
3	789銀行	C支所	0000003	串木野 花子	本・配	30.000	
4					本・配		
5					本・配		
6							
7							
8							
9					本・配		
現金等					被保険者本人	10.000	
					配偶者等	0	
合計					①	260.000	

本人及び配偶者名義の口座の金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人・対象・残高を記入してください。

手元にある現金（タンス預金など）がある場合は、その金額を、無ければ必ず「0」とそれぞれ記入してください。

※預貯金通帳等の写しは口座番号、最終残高を含む3か月分程度の明細、定期預金がかかるようにしてください。

※普通預金・定期預金など口座の種別は問いません。窓口へお越しの際は、被保険者ご本人様とその配偶者様

株式・国債などあれば、証券会社や銀行の口座残高の写しを添付、無ければ必ず合計欄に「0」と記入してください。

有価証券等

番号	金融機関等名	支店名	種別	名義人	対象	残高	市確認欄
1	999銀行	D支店	株式	串木野 太郎	本・配	300.000	
2					本・配		
3					本・配		
合計						②	300.000

借入金・住宅ローンなどあれば、借用証書などの写しを添付、無ければ必ず合計欄に「0」と記入してください。

負債

番号	金融機関等名	支店名	種別	名義人	対象	残高	市確認欄
1					本・配		
2					本・配		
3					本・配		
合計					③	0	

※借用証書などがあれば、写しを提出してください。預貯金から差し引きます。