

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）

（申請先）

R7 年 7 月 8 日

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 | 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（※）              | 令和3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    | 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                   | 個人番号             |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 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） | 課税状況             |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      | 市町村民税 課税 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。

|                              |                                     |                                                                                                                                                                                    |   |                 |         |   |                  |                |  |  |  |  |  |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------|---------|---|------------------|----------------|--|--|--|--|--|
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添のとおり | <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 9 千円以下です。<br>(受給している年金に○して下さい)<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 千円を超え、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。<br>※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。 |   |                 |         |   |                  |                |  |  |  |  |  |
|                              | 預貯金額                                | 250,000                                                                                                                                                                            | 円 | 有価証券<br>(評価概算額) | 300,000 | 円 | その他<br>(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。

|       |                               |        |              |
|-------|-------------------------------|--------|--------------|
| 申請者氏名 | 串木野 花子                        | 連絡先    | 0996-33-5673 |
| 申請者住所 | 〒896-0000<br>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

- (1) 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
- (2) 預貯金等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)
- (3) 書き
- (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

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)

送付先：本人

資産の詳細について

|        |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | 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。