

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 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 <input type="radio"/> 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) | 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。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------------|---|-------------|------------------|--------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 預貯金等に関する申告 ※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"/> | 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。 ※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(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。