

記入例

日付は空欄で結構です。

令和4年度介護保険負担限度額認定申請書

三股町長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)

介護認定証(紫色)の被保険者番号を記入してください。

令和 年 月 日

フリガナ	ミタ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0											
被保険者氏名	三股 太郎																	
生年月日	明・大(昭) 11 年 11 月 11 日																	
住所	〒889-1995 三股町五本松1番地1												連絡先 0986-52-9062					
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※1)	〒889-1901 三股町大字樺山0000番地 特別養護老人ホームみまた																	
入所(院)年月日(※1)	R4年4月1日		結果の送付先について希望する所に○をしてください。															
結果送付先	被保険者宅		その他 ()															

ショートステイの場合は“ショートステイ”と記入してください。

結果の送付先について希望する所に○をしてください。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 · <input type="radio"/> 無		左記に	配偶者がいる場合記入してください。(別世帯、内縁関係の者含む)												
フリガナ	ミタ ハナコ		氏名	三股 花子		生年月日	明・大(昭) 12 年 12 月 12 日									
住所	〒 同上		本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	配偶者の1月1日現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。												
課税状況	市町村民税 非課税		配偶者が町外の方は、お住まいの自治体が発行する非課税証明書の添付が必要です。													

世帯構成	氏名	生年月日	備考
世帯主	三股 太郎	M・T・S・H 11・11・11	生活保護・町民税 (課税・非課税)
世帯員	三股 花子	M・T・S・H 12・12・12	生活保護・町民税 (課税・非課税)
	三股 一郎	M・T・S・H 33・3・3	生活保護・町民税 (課税・非課税)

※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。

等に関する事項	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	対象者が65歳以上の場合 預貯金額(夫婦の場合)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税である高齢者年金受給者	1000万円(2000万円)以下		
	<input checked="" type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	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 550万円(1550万円)以下		
	<input type="checkbox"/>	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120万円超	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120万円超 650万円(1650万円)以下		
預貯金額	2350,000 円	有価証券(評価額)	0 円	その他(現金・負債含む)	0 円

該当するものにを入れてください。

非課税年金について、受給しているものに○、受給がない場合は二重線で消してください。

受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。

日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- 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下さい。
- 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

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について照会することに同意します。

また、町長の報告要求に対し、日付は空欄で結構です。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。

なお、世帯構成員の課税状況を確認することも同意します。

令和 年 月 日

〈本人〉 住所 三股五本松1番地1

本人の印（認印）

氏名 三股 太郎

印

〈配偶者〉 住所 同上

配偶者の印（認印）

氏名 三股 花子

印

日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

申請者（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。）

住所 〒889-1995 三股五本松1番地1	連絡先 080-0000-XXXX
氏名 三股 一郎	本人との関係 長男

預貯金等に含まれるもの

預貯金等の内容	提出方法
預貯金（普通・定期）	通帳の写し（インターネットバンクであれば口座残高ページの写し）
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
タンス預金（現金）	自己申告

※負債（借入金・住宅ローンなど）は、預貯金等から差し引いて計算します。（借用証書などで確認）

預貯金等に含まれないもの

- ・生命保険
- ・自動車
- ・腕時計、宝石など時価評価額の把握が難しい貴金属
- ・絵画、骨董品、家財など

【町記入欄】

交付年月日	備考	利用者負担段階
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	第1段階
適用年月日		第2段階
令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 課税世帯	第3段階①
有効期限		第3段階②
令和 年 月 日まで		非該当