

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	生 年 月 日	明・大・昭 5年 5月 5日
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
フリガナ	アライ ハマタロウ	入所(院)した介護保険施設の所在地(〒)を記載(※)	新居浜市〇〇町2-2-2 特別養護老人ホームにはま
被保険者氏名	新居 浜太郎		
住 所	新居浜市一宮町1-1-1	住民票の住所を記入してください。	平・令 4年 5月 1日
	電話番号(0897) 65-1241		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、記入不要です。
配偶者のフリガナ	アライ ハマコ	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
配偶者の氏名	新居 浜子	生 年 月 日	明・大・昭 8年 8月 8日
配偶者に関する事項	住所 新居浜市一宮町1-1-1	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	新居 浜男
	電話番号(0897) 65-1241	市町村民税課税状況	課税 非課税

収入等及び預貯金等に関する申告(該当する欄の□にチェックを入れてください。)			
	収入等に関する申告	預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは、別添のとおり	
		配偶者無	配偶者有
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者		
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者	1,000万円以下	2,000万円以下
<input type="checkbox"/>	市町村民税所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万9千円以下である第1号被保険者	650万円以下	1,650万円以下
<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非課税年金収入額の合計額が年額80万9千円超~120万円以下である第1号被保険者	550万円以下	1,550万円以下
<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非課税年金収入額の合計額が年額120万円超である第1号被保険者	500万円以下	1,500万円以下

預貯金等の内訳(配偶者有の場合は、配偶者との合計額を記入してください。)			
預貯金額	3,300,567円	有価証券(評価概算額)	0円
		その他(現金・負債を含む。)	(現金) 505,000円 ※内容を記入してください。
非課税年金収入に関する申告 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金(寡婦年金) <input type="checkbox"/> 夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む。)			

被保険者以外の方が申請する場合は、してください。 **株式・国債など**

申請者氏名	新居 浜男	電話番号	03-1234-1234
申請者住所	東京都	被保険者との関係	長男

- 注意事項
- この申請書における「配偶者」は、被保険者の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複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳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。
 - 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。

書類確認	<input type="checkbox"/> 書類確認済	所得状況確認	<input type="checkbox"/> 介護認定申請中(/)申請、(/)認定(審査日)
番号確認	<input type="checkbox"/> 窓口(提示) <input type="checkbox"/> 郵便・使者(添付)	本人(<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税)	<input type="checkbox"/> 生保受給(/)適用、(/)介護認定開始
本人	(<input type="checkbox"/> 番号カ <input type="checkbox"/> 通知カ <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 補記)	配偶者(<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税)	審査結果 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3① <input type="checkbox"/> 3② <input type="checkbox"/> 非該当
配偶者	(<input type="checkbox"/> 番号カ <input type="checkbox"/> 通知カ <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 補記)	世帯(<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税)	非該当事由 <input type="checkbox"/> 本人課税 <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金額
口座確認	<input type="checkbox"/> 口座確認済 定期(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	<input type="checkbox"/> 課税所得照会(/)	送付先 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 送付先変更有
<input type="checkbox"/> 照会()		<input type="checkbox"/> 非課税年金照会(/)	受付 入力 確認

訂正する場合 訂正箇所を二重線で抹消し 訂正箇所の近くに申請者名で「署名」ください。

(裏)

同意書

(宛先) 新居浜市長

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。）に私及び私の配偶者の状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高に

また、新居浜市長の報告要求に対して
を銀行等に伝えてかまいません。

同意書欄は直筆署名です。署名代行(代筆)の場合は、同意書署名代行届も記入してください。

令和 △年 ○月 ◎日

<本人> 住所 **新居浜市一宮町1-1-1**

<配偶者> 住所 **新居浜市一宮町1-1-1**

氏名 **新居 浜太郎**

氏名 **新居 浜子**