

介護保険負担限度額認定申請書

H30

記入例

※負担限度額の期間は8月1日～翌年7月31日までですので、平成30年度の例です。

提出する日付をご記入ください。

令和 元 年 5 月 7 日

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の申請をします。

被 保 険 者		被保険者本人の印を 押してください。	険 者 名	保 険 者 番 号	
フリガナ サン ダ タ ロウ			三 田 市	2 8 2 1 9 4	
三 田 太 郎			被 保 険 者 番 号		
			0 0 0 0 1 2 3 4 5 6		
			個 人 番 号		
			8 9 1 2 3		
生年月日	明 (大) 昭 10 年 2 月		男 女		
住 所	〒 669 - 1595 三田市三輪2丁目1-1		連絡先 (079) 563-1111		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 669 - 1234 三田市〇〇12-34 特別養護老人ホーム〇〇〇〇		介護保険施設に入所している場合は記入してください。ショートステイを利用している場合は、		7
入所(院)年月日(※)	平成 28 年 1 月 1 日		(※) 記入は不要です。		

配偶者の有無	(有) ・ 無	・同一世帯でない配偶者 ・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同
フリガナ	サン ダ タ	
氏 名	三 田 花 子	
生年月日	明 ・ (大) ・ 昭 12 年 3 月 5 日	
住 所	〒 669 - 1595 三田市三輪2丁目1-1	
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	平成30年1月1日の住民登録地が上記と異なる場合にご記入ください。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ (非課税)	配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。

本人の収入等に関する記載欄 収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に○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
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、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80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)	

本人・配偶者の預貯金等に関する記載欄	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。
預貯金額	300万 円
有価証券(評価概算額)	250万 円
その他(現金・負債を含む)	150万 円

預貯金等の金額と通帳等の残高	・配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦の合計額をご記入ください。 ・「その他」の欄には、ご自宅等の手持ち現金、負債(借金)等をご記入ください。 ・名目と金額を記入し、負債の場合は必ず-(マイナス)を付けてください。 ・記載欄に入りきらない場合は、別紙に記入のうえ添付してください。
----------------	--

申請者氏名	特別養護老人ホーム	本人との関係	施設職員
-------	-----------	--------	------

※注意事項

- (1) 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。
- (2) 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入し、すべての通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者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。

※裏面の同意書のご記入および捺印をお願いいたします。

同意書

三田市長

本人及び配偶者が自己申告した預貯金等の額について、保険者(三田市)が金融機関等に照会することへの同意書の提出が法律で定められています。(介護保険法施行規則第83条の6第2項)
同意書の記入・捺印がない場合は、申請書を受付できません。その場合、本市から返送し、記入・捺印のうえ、再度提出していただくことになり、認定が遅れる場合もありますので、十分確認してください。

介護保険負担
信託会社その他

又は銀行、
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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 元 年 5 月 7 日

提出する日付をご記入ください。

<本人>

住 所 三田市三輪2丁目1-1

必ず捺印してください。

氏 名 三 田 太 郎

三

<配偶者>

住 所 三田市三輪2丁目1-1

必ず捺印してください。

氏 名 三 田 花 子

三
田

市記入欄には何も記入しないでください。

(市記入欄)

確認	
<input type="checkbox"/>	通帳等の写し
<input type="checkbox"/>	同意書

審査	
本人世帯	非課税 ・ 課税
配偶者	非課税 ・ 課税
資産	範囲内 ・ 超過

決定
認定 ・ 却下

平成30年度	認定				却下	
利用者負担段階	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	市町村民税課税世帯
適用年月日		年	月	日	<input type="checkbox"/>	同一世帯外の配偶者が市町村民税課税
交付年月日		年	月	日	<input type="checkbox"/>	預貯金等要件満たさず
有効期限		年	月	日	(備考)	
(備考)						

起案日	令和	年	月	日
決裁日	令和	年	月	日

課長		係長		係	

<伺い>

上記のとおり負担限度額認定を決定してよろしいか。