

# 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

白老町長殿

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 被保険者氏名	シラオイ タロウ 白老 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 ● ● ● ● ● ●
		個人番号	★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
生年月日	明・夫・昭 ○○年 △△月 □□日		
住所	〒059-0904 白老郡白老町東町○丁目△番□号 電話番号 0144 (0△) 0000	個人番号にはマイナンバーを記入してください	
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒059-00△△ 白老郡白老町▲▲町1丁目1番1号 特別養護老人ホーム ☆☆☆	日中連絡可能な連絡先をご記入ください	
入所(院)年月日(※)	平・令30年 4月 3日	※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。	

配偶者の有無	■有 ・ □無 左記「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。		
配偶者に関する事項	フリガナ氏名 シラオイ ハナコ 白老 花子	住所	電話番号 ( )
	■ 被保険者と同じ	■ 現住所と同じ	
	〒	〒	
	本年1月1日現在の住所	電話番号 ( )	

配偶者は  
・同一世帯でない配偶者  
・事実上、婚姻関係と同様の場合にも、「有」になります。

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老齢福祉年金受給者
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金】の合計額が年額80万円以下です。 ※遺族年金、かん夫年金、母子年金準母子年金又は遺児年金を含む。以下同じ。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】の合計額が年額120万円を超えます。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】の合計額が年額120万円を超えます。
	非課税年金の保険者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済

該当するところにチェックを入れてください。不明な場合は未記入でも構いません。

※裏面もご記入ください。

預貯金等に関する 申告	■ 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>預貯金額</th> <th>有価証券（評価概算額）</th> <th>その他（現金・負債を含む）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>被保険者</td> <td>1, 212, 345円</td> <td>345, 678円</td> <td>20, 000円</td> </tr> <tr> <td>配偶者</td> <td>789, 012円</td> <td>0円</td> <td>20, 000円</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>2, 001, 357円</td> <td>345, 678円</td> <td>40, 000円</td> </tr> </tbody> </table>		預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）	被保険者	1, 212, 345円	345, 678円	20, 000円	配偶者	789, 012円	0円	20, 000円	合計	2, 001, 357円	345, 678円	40, 000円
	預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）														
被保険者	1, 212, 345円	345, 678円	20, 000円														
配偶者	789, 012円	0円	20, 000円														
合計	2, 001, 357円	345, 678円	40, 000円														

※注意事項※

- この申請書に添付する書類は、必ずしもこの順序で提出する必要はありません。
- 預貯金、有価証券等の残高の合計額を記入（定期預金等も含む）してください。
- 虚偽の申告をされた場合は、罰則の対象となります。

通帳残高の合計額を記入（定期預金等も含む）してください

**☆通帳等の写しが添付必須です☆**

- 通帳の見開き部分（金融機関名、口座番号、口座名義人が確認できるページ）
- 最終残高が確認できる部分（記帳し、最新の情報でお願いいたします。申請日から過去2か月の取引歴が確認できるページ。年金受取口座については、年金の振込確認ができるよう写しをとってください。）

1 介護保険料の滞りなく納付されていること、私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の所得状況等について調査することに同意します。

2 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（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、貴町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。

令和 年 月 日

申請者（本人）住所 白老郡白老町東町〇丁

氏名 白老 太郎

配偶者住所 白老郡白老町東町〇丁目△番□号

氏名 白老 花子

自署ができない場合には名前の横に押印をお願いいたします  
配偶者がいる場合には、両方の記載が必要です

【申請代理・代行者記入欄】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。

氏名 白老 二郎 被保険者との関係 子 連絡先 0144-★★-●●●●

住  
結

**新型コロナウイルス感染拡大防止のため、申請書の郵送**

**提出にご協力お願いいたします。**

〒059-0904 白老町東町4丁目6番7号

白老町役場 高齢者介護課 介護保険グループ 宛

電話 0144-82-5541

※  
課  
非  
合  
合