

負担限度額認定申請書

記載例

令和 4 年 8 月 1 日

葛城市長 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	カイゴ タロウ		保険者番号							2	9	2	1	1	0	
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7			
			個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
生年月日	昭和 15 年 1 月 1 日															
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 葛城市●●●△△番地△															
	連絡先 〇〇-〇〇〇〇															
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ※入所している施設または入所予定の施設を記載してください。 連絡先															
入所(院)年月日(※)	2020年 4月 1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は不要です。									
配偶者の有無	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。									
配偶者に関する事項	フリガナ	カイゴ ハナコ														
	氏 名	介護 花子														
	生年月日	昭和 18 年 11 月 1 日						個人番号								
	住 所	〒 ※配偶者の住所・電話番号を記載してください。 電話番号														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	※現住所と異なる場合のみ、必ず記載してください。														
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○									
収入等に関する申告	該当する項目に✓を付けてください															
	<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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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 checked="" 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【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。															
	<input 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【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が120万円を超えます。															
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計額(①は1,000万円(3歳未満の子が1人いる場合は1,500万円)、②は1,000万円(3歳未満の子が1人いる場合は1,500万円)、③は1,000万円(3歳未満の子が1人いる場合は1,500万円)、④の方は550万円(3歳未満の子が1人いる場合は750万円)) ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、⑤は1,000万円(3歳未満の子が1人いる場合は1,500万円)です。															
	預貯金額	3,456,010円			有価証券(評価概算額)	1,000,000円			その他(現金・負債を含む)	(手持ち現金)※ 100,000円						

○普通・定期預金残高の合計額を記載(夫婦の場合は夫婦の合計額)
○預貯金額(普通・定期・積金などお持ちのものすべて)が確認できる通帳の写しを添付
・金融機関名・口座番号・口座名義がわかるページ
・提出日の直近2か月分が確認できるページ

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。

申請者の氏名	介護 一郎	連絡先(自宅勤務先)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
申請者の住所		本人との関係	子

同居している配偶者又は内縁関係の者を含みます。
同居している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
同居していない場合は、同居している旨を記入の上添付してください。
食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、支給された額が控除されます。

同意書

記載例

葛城市長 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。

令和 4 年 8 月 8 日

申請日を記載してください。

<本人>

住所 葛城市●●●△△番地△

氏名 介護 太郎

<配偶者>

住所 同上

氏名 介護 花子

(代筆者)

住所 葛城市□□□78-1 △△ハイツ101

氏名 介護 一郎

代筆を行った対象者

被保険者本人（関係： 子 ）

配偶者 （関係： ）

・ 配偶者（別世帯の者や内縁関係も含む）がいる場合は、配偶者の住所、氏名も記入してください。
・ 今年度より同意書への押印も不要となりました。

本同意書は、葛城市個人情報保護条例第9条に基づき、該当年度の介護保険負担限度額認定に係る調査の目的以外には一切使用しません。また、第三者に提供することもございません。