

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

〇年〇月〇日

(申請先)

内灘町長様

提出する日付をご記入ください。

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	ウチナガ タロウ 内灘 太郎	被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 1
		個人番号	
		生年月日	昭和 19 年 12 月 12 日
住 所	〒920-02〇〇 石川県河北郡内灘町〇〇一丁目 3 番地の〇	マイナナンバーをご記入ください。	
入所（院）した介護 保険施設の所在地及 び名称（※）	〒920-02〇〇 金沢市〇〇一丁目 1 番地		
入所（院）年月日 （※）	令和 6 年 2 月 2 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、記入不要です。	
配偶者の有無	有 ・ 無	配偶者の有無が「無」の場合は、「配偶者に関する事項」につい ては、記載不要です。	
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ ウチナガ ハナコ 氏 名 内灘 花子 生年月日 昭和 20 年 1 月 1 日 個人番号 住所 〒920-02〇〇 河北郡内灘町〇〇一丁目 3 番地の 2 電話番号 090-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇 本年 1 月 1 日現在 の住所（現 住所と異なる場 合） 〒920-02〇〇 金沢市〇〇一丁目 3 番地の 2	入所（院）中の介護保険施設の住 所と名称、電話番号、入所（院） 年月日をご記入ください。	
・ 配偶者がいる場合、記入額は夫婦合計額をご記入ください。 ・ 預貯金額を記入し、通帳の写しを添付してください。 ・ 有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類 を添付してください。（但し、書類の入手が容易な場合に限る） ・ 「その他」の欄は、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）」をつけてください。 ・ また、記載欄に入りきらない場合は別紙に記入の上添付してください。			
預貯金等に関する 申告	①の方は 550 万円、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 1,550 万円）以下です。 ※第 1 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。		
※通帳等の写しは 別添	預貯金額	3,580,000 円	有価証券 （評価概算額） 150,000 円 その他 （現金・負債を 含む） （負債）※ -200,000 円 ※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	内灘 浜子	連絡先（自宅・勤務先）	090-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	〒920-02〇〇 河北郡内灘町〇〇 3 丁目 3 番地の〇	本人との関係	長女

注意事項

- 「申請書を提出する方」の氏名、住所、連絡先、ご本人との関係をご記入ください。
- 配偶者等ご家族の方が提出される場合もご記入ください。
- 事業所の方が提出される場合は事業所名もご記入下さい。
- 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

記入例

(宛先) 内灘町長

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の残高について、照会することに同意します。また、内灘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。

令和〇〇年〇月〇日

<本人> 住所 河北郡内灘町字□□〇-〇-〇

氏名 内灘 一郎

<配偶者> 住所 河北郡内灘町字□□〇-〇-〇

氏名 内灘 花子

※本人が自署した場合は、押印不要です

以下保険者記入欄

交付（通知）年月日	生活保護	利用負担段階	第 段階	結 果
年 月 日	有 ・ 無	判定所得金額	円	1. 該当
適用年月日	有 ・ 無	老福年金	合計所得	2. 非該当
年 月 日	有 ・ 無	内 訳	年金合計	事 由 (本人・家族・配偶者) 課税 預貯金等合計額超過
年 月 日	保険料	公的年金	円	
から	第 段階	非課税年金	円	
有効期限	給付制限	預貯金等合計額	円	3. 未申告（本人・家族・配偶者）
年 月 日	有 ・ 無	配偶者課税状況	課税 ・ 非課税	備 考
まで				