

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

【ご注意ください】

通帳の写しの提出が必要です。提出がないと結果が出せず結果通知の発送が遅くなりますのでご注意ください。

年 月 日

(申請先)
八王子市長

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	ハチオウジ ハナコ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者氏名	八王子 花子	個人番号	* * * * * * * * * *
生年月日	明・大・ 昭 3年 1月 1日		
住所	八王子市元本郷町3-24-1	電話番号	042-666-XXXX
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	八王子市高尾町1652番地1 特別養護老人ホーム はちおうじ	電話番号	042-654-XXXX
入所(院)年月日(※)	3年 4月 6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。	

【必須!】該当する方に○をしてください

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	「無」の場合は、以下の「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	ハチオウジ	タロウ
	氏名	八王子	太郎
	生年月日	明・大・ 昭	2年 5月 1日
	住所	八王子市元本郷町3-24-1	電話番号 042-666-XXXX
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〇〇市〇〇町1-2-3	
課税状況	市町村民税	課税	<input checked="" type="radio"/> 非課税

該当する方に○をしてください

この申請について問い合わせができる方の連絡先を記入してください。

フリガナ	ハチオウジ イチロウ	被保険者本人との関係	子
氏名	八王子 一郎	日中連絡の取れる電話番号	090-0000-XXXX
住所	(〒192-0066) 八王子市本町24-1		

成年後見人等が申請する場合は、
①登記事項証明書の写し
②身分証明書の写し
の2つを添付してください

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、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 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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○して下さい)
	<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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)

※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。

預貯金等に関する申告	預貯金額	1,475,963 円	有価証券(評価概算額)	315,765 円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 280,000 円
------------	------	-------------	-------------	-----------	---------------	--------------------

被保険者本人と配偶者の預貯金の合計額を記入し、通帳の写しを添付※してください
※通帳見開き部分、預貯金の残高がわかる部分の写し

申請時点の評価概算額の合計を記入し、その価格を確認できる書類を添付してください

タンス預金等の現金や負債の金額と、()内に現金等の種別を記入してください

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者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

以下市記入欄

要介護認定期間 (〇 年 〇 月 〇 日) (新規 / 更新 (再審査))	
(前認定期間)	
年金収入	
被保険利用者負担段階	貯金等 集超で 該当の 者に <input checked="" type="checkbox"/>
1段階	
2段階	
3段階	
3段階	
<input type="checkbox"/> 言語障害)
<input type="checkbox"/> 非言語障害	
不備なし	
身元確認	
<input type="checkbox"/> 個別	
<input type="checkbox"/> 介護	
<input type="checkbox"/> 医療保険)
<input type="checkbox"/> その他()	
備考欄	

※この欄は記入不要です※

同意書

■被保険者本人による記入が難しい場合は、代筆可能です。

八王子市長 殿

- 1 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、信託会社その他関係機関(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、報告を求めることに同意します。
- 2 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。
- 3 私(被保険者本人)が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して市が必要に応じて情報提供することに同意します。

年 月 日

記入日時点の日付

<被保険者> 被保険者本人※の氏名・住所を記入

住所 八王子市元本郷町3-24-1

氏名 八王子 花子

<配偶者> 配偶者※の氏名・住所を記入
(単身の場合は不要)

住所 八王子市元本郷町3-24-1

氏名 八王子 太郎

※成年後見人等(保佐人・補助人を含む)が記入する場合のみ、

・住所欄⇒「成年後見人等の住所」

・氏名欄⇒「被保険者本人(または配偶者)の氏名+成年後見人等の氏名」

それぞれ登記事項証明書に記載されているものをご記入ください。

成年後見人等とは、家庭裁判所に申立を行うことにより選定される成年後見人、保佐人、補助人のことをいいます。