

## 記載例

## 令和4年度 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

陸前高田市 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	タカタ タロウ		被保険者番号	123456
被保険者氏名	高田 太郎		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	大正・昭和	12年3月4日	性別	男 女
住所	陸前高田市 ×× 町字 〇〇〇〇		電話番号	〇〇〇 - ×× - △△△
※入所（院） している 介護保険施設	名称	特別養護老人ホーム 〇〇〇	※入所年月日	令和2年4月△△日
	所在地	陸前高田市高田町字〇〇〇△番地		

※入所（院）していない場合及びショートステイの利用の場合は記入不要です。

配偶者の有無	有 無	※「無」の場合、「配偶者に関する事項」は記入不要です。			
配偶者に関する事項	フリガナ	タカタ ハナコ	生年月日	大正・昭和	15年5月1日
	氏名	高田 花子			
	住所 ※同居の場合は 記入不要	市		電話番号	-
		(本年1月1日現在の住所が上記と異なる場合)			
		市	住民税課税	有 無	

収入等および 預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／住民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯であって、 前年の年金収入額＋合計所得額が年額80万円以下、 預貯金等が650万円（夫婦の場合1,650万円）以下である。				
	<input checked="" type="checkbox"/>	住民税非課税世帯であって、 前年の年金収入額＋合計所得額が年額80万円超え120万円以下、 預貯金等が550万円（夫婦の場合1,550万円）以下である。				
	<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯であって、 前年の年金収入額＋合計所得額が年額120万円を超え、 預貯金等が500万円（夫婦の場合1,500万円）以下である。				
	預貯金額	350万円	有価証券 (評価概算額)	0円	その他 (現金・負債を含む)	5万円
※預貯金、有価証券にかかる通帳等のコピーの添付が必要です。						
年金受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/>	【遺族年金・障害年金受給 有 無】		年金の種類	(船員保険障害年金)	

※申請者が被保険者本人の場合、以下は記入不要です。

申請者	氏名	高田 一郎	本人との関係	子
	住所	陸前高田市 高田町字 △△△△△		電話番号

## 注意事項

- 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または内縁関係の方を含みます。
- 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合はその全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 本申告に基づき、関係機関に戸籍や預貯金等について照会をすることがあります。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入のうえ、添付してください。
- 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。

## 市記入欄

利用者負担段階	1 2 3-① 3-② 段階 / 非該当	交付年月日	令和 年 月 日
住民税課税状況	非課税世帯 本人課税 世帯員課税	適用開始年月日	令和 年 月 日
本人年金等収入	円	有効期限	令和5年7月31日
金融機関照会	無 有 ( )		

必ず裏面の同意書にも署名願います

## 同意書

陸前高田市長 様

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、年金保険者または銀行、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。）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 7月 △日

### 〈被保険者本人〉

住所 陸前高田市 ×× 町字 ○○○○

氏名 高田 太郎

### 〈配偶者〉

住所 陸前高田市 ×× 町字 ○○○○

氏名 高田 花子