

<記入例>

介護保険負担限度額認定申請書

平成31年 7月 ×日

深川市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請

介護保険証の番号を記入してください。  
(わからない場合は、空欄で結構です)

フリガナ	フカガワ タロウ	保険者番号	0 1 2 2 8 6
被保険者氏名	深川 太郎 ①	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
生年月日	S 5 年 5 月 5 日	性別	男 ・ 女
住所	深川市〇条〇番〇号	電話	〇〇-〇〇〇〇
介護保険施設の所在地及び名称	深川市〇条〇番〇号 〇〇園	電話	△△-△△△△
入所(院)年月日	平成31年6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、記入不要。	

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」は、記載不要。	
配偶者に関する事項	フリガナ	フカガワ ハナコ	生年月日
	氏名	深川 花子	S 7 年 7 月 7 日
	住所	深川市〇条〇番〇号	電話
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合のみ記入)	
	課税状況	市町村住民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 市町村住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村住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〇してください) ※ 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。以下同じ。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村住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80万円を超えます。 (受給している年金に〇してください)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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				
	預貯金額	3,000,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その(現金・負債を含む)	300,000円

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 深川太郎と深川花子の、夫婦合算の金額を記入!

【重要】 このチェックがつかない場合(単身1千万・夫婦2千万を超える預貯金等あり)、非該当となります。

種類	確認方法
預貯金(普通・定期)	通帳の写し(原則として2ヶ月前まで) インターネットバンキングであれば口座残高ページの写し
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し (ウェブサイトの写しも可)
タンス預金(現金)	自己申告
負債(借入金・住宅ローンなど)	借用証書など

介護保険法第203条に基づき銀行等へ預貯金の照会を行います。必ず「同意書」を記入・押印し提出!

備考