

記入例

介護保険負担限度額認定申請書（食費・居住費の軽減）

越谷市長 宛

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者	フリガナ	コシガヤ タロウ	被保険者番号	0 0 9 9 9 9 9 9 9				
	被保険者氏名	越谷 太郎	個人番号	個人番号(マイナンバー)は記入不要です。				
			生年月日	明治 大正 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男	女	
	住所	埼玉県越谷市越ヶ谷4-2-1	電話番号	048-964-〇〇〇〇				
	利用サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域密着型特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他						
介護保険施設の名称及び所在地(注1)	名称	特別養護老人ホーム こしがや	入所(院)年月日(注2)	令和〇〇年 〇〇月〇〇日				
	所在地	埼玉県越谷市越ヶ谷4-2-1						

注1、2 利用サービス欄のチェックが「その他」の場合には、記入は不要です。

配偶者(注3)	申請日時点の配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(「無」にチェックした場合は、配偶者欄の記入は不要です。)						
	フリガナ	コシガヤ ハナコ	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8				
	配偶者氏名	越谷 花子	生年月日	明治 大正 昭和 △△年 △△月 △△日				
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ(異なる場合は住所を記載してください) 埼玉県越谷市川柳町2-507-1		電話番号	048-964-〇〇〇〇			
	平成31年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 越谷市 <input type="checkbox"/> その他(都・道・府・県 市・区・町・村)						
令和元年度市区町村民税課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税							

注3 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の者を含みます。

収入等	申請事由	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市区町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 <input checked="" type="checkbox"/> 市区町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円以下(注4) <small>↑受給している年金に〇してください。</small>		受給しているすべての年金の保険者に〇してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済
	市区町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円を超える(注4) <small>↑受給している年金に〇してください。</small>			
預貯金、有価証券等の金額の合計額	<input type="checkbox"/> 配偶者との合計額が2,000万円以下		預貯金額	560 円
	<input type="checkbox"/> 1,000万円以下(配偶者がいない場合)		有価証券(評価概算額)	0 円
	※ 預金通帳等の写しは別添のとおり(注5)		その他(現金・負債を含む。)	10 円

注4 障害年金・遺族年金＝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。

注5 預貯金等を複数有する場合は、その全ての通帳等の写しを添付してください。

同意欄	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、銀行、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者の課税状況並びに保有する預貯金及び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、越谷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。			
	令和 〇〇年 〇 月 〇 日	(配偶者欄)	押印してください	
	住所	越谷市越ヶ谷4-2-1	住所	越谷市川柳町2-507-1
本人氏名	越谷 太郎	配偶者氏名	越谷 花子	

申請者	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ(異なる場合は申請者欄を記入してください。)		<input type="checkbox"/> 配偶者と同じ(異なる場合は申請者欄を記入してください。)	
	申請者氏名	越谷 一郎	本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()
	住所	埼玉県越谷市川柳町2-507-1	電話番号	090-1234-〇〇〇〇

備考 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。