

〔記入例〕

介護保険負担限度額認定申請書

認定を受けようとするかたの氏名・フリガナ・生年月日・郵便番号・住所・連絡先を記入してください。

介護保険の被保険者番号を記入してください。番号は「介護保険被保険者証」や、お持ちの「介護保険負担限度額認定証」をご覧ください。個人番号を記入してください。番号は、「通知カード」や「マイナンバーカード」をご覧ください。

那珂市
次の

食費・居住費（滞在費）に係る

フリガナ	ナカ タロウ		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
被保険者氏名	那珂 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5			
生年月日	昭和元年 1 月 1 日		性別	男・女												
住所	〒 311-0105 那珂市菅谷 3198 番地		連絡先	入所している施設の所在地・名称・郵便番号・連絡先・入所年月日を記入してください。住所と同じ場合は「同上」で構いません。												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 311-0192 那珂市福田 1819 番地 5 なか長生苑		連絡先	入所している施設の所在地・名称・郵便番号・連絡先・入所年月日を記入してください。住所と同じ場合は「同上」で構いません。												
入所(院)年月日(※)	平成 28 年 8 月 1 日		(※) ショウ	配偶者の有無を○で囲んでください。(世帯分離をしている配偶者又は内縁関係のかたを含みます) 配偶者が有のかたは、配偶者の氏名・生年月日・個人番号・1月1日現在の郵便番号・住所・連絡先を記入してください。												
配偶者の有無	有・無		左記事項													
配偶者に関する事項	フリガナ	ナカ ハナコ														
	氏名	那珂 花子														
	生年月日	昭和 2 年 2 月 2 日		個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 319-2192 那珂市瓜連 321 番地		申請年度の市町村民税について、該当するものを選び、○で囲んでください。												
課税状況	市町村民税 課税		非課税													

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税	非課税年金を受給されているかたは、該当する年金種別を○で囲んでください。												
	<input checked="" type="checkbox"/>	市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】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○をしてください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。	受給しているすべての年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済												
	<input type="checkbox"/>	市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】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○をしてください)													
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	その他上記以外	預貯金等の額を具体的に記入し、通帳等の写しを添付してください。 ・銀行名・支店名・口座番号・名義人が確認できるページ ・申請日より2か月以内に記帳された残高が確認できるページ (年金の振込まれる口座は、年金額が確認できるページの写しも添付してください)												
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券 ※預貯金、有価証券	預貯金額	1,234,567	円	有価証券(評価概算額)	0	円	その他(現金・負債を含む)	(現金)	987,654	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は、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

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又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 書ききれない場合は、余白又は別紙に記入の上添付してください。
- 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。
- 境界層該当の場合は、境界層該当証明書を添付し預貯金等に関する申告欄の記入は不要です。

同意書

那珂市長 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、年金保険者又は銀行、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。

また、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。

平成30年8月1日

<本人>

住所 那珂市菅谷3198番地

氏名 那珂 太郎

同意書の内容を確認の上、本人及び配偶者の署名をお願いします。
また、捺印は本人・配偶者それぞれ別の印鑑を押してください。

那珂

<配偶者>

住所 那珂市瓜連321番地

氏名 那珂 花子

那珂

市記入欄

交付年月日	被保険者番号				
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)				
適用年月日					
年 月 日	決裁	課長	課長補佐	グループ長	グループ員
有効期限					
年 月 日					