

# 記入例

記入もれがあると、認定のための審査をすることができません。  
記載をよくご確認のうえ、申請してください。

## 負担限度額認定申請書

(申請先) 土 浦 市 長

年 月 日

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		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	年	月	日																	
住 所	郵便番号	—	電話番号																	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称		サ	※該当するサービスに○を付けてください。	3 地域型介護老人福祉施設入所者生活介護																
入所（院）年月日				4 短期生活介護（ショートステイ）																
				5 短期療養介護（ショートステイ）																
				6 介護施設																

個人番号（マイナンバー）を記入してください。  
わからない場合は、空欄でかまいません。

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は以下の「配偶者に関する事項」の記載は、不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ	生年月日	年	月	日															
	氏 名	個人番号																		
	住 所	□被保険者と同一住所の場合は、こちらにチェックしてください。																		
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合に限る。）	電話番号																		
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税															

申請者が被保険者本人の場合は、以下の「申請者に関する事項」の記載は、不要です。

裏面も記入してください。

申請者に関する事項	申請者氏名																	
	申請者住所	□被保険者と同一住所の場合は、こちらにチェックしてください。	本人との関係															

裏面も必ず記入してください。

市 処 理 欄	交 付 年 月 日	生 活 保 護	今 回 の 判 定 結 果															
	年 月 日	□ 有 □ 無	□ 該 当	第 1 2 3 ① 3 ② 段階														
	適 用 年 月 日	未納介護保険料	□ 非該 当	事 由	□(本人 家族 配偶者)課税 □預貯金等の合計が基準超過													
	年 月 日 から	□ 有 □ 無	□ 未申告		送付先	本人・申請者（本人を除く。）・（ ）												
	有 効 期 限	給 付 制 限	(本人 配偶者 家族)	の希望														
	年 月 日 まで	□ 有 □ 無	～	非課税年金	あり・なし・照会													
	要介護度	認定期間	新規・更新中															

収入等に関する申告 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<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 type="checkbox"/> <b>受給している全ての年金の保険者について<input checked="" type="checkbox"/>をつけてください。年金の保険者は「日本年金機構」など、年金の通知に記載されていますので、ご確認ください。</b> <input type="checkbox"/> の合計額が <input type="checkbox"/> の合計額が <input type="checkbox"/> 万6千円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金の合計額が <input type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。																								
年金の保険者に関する申告 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input type="checkbox"/> 受給している全ての年金の保険者について <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済																								
非課税年金に関する申告 受給している年金に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給していない ※非課税年金とは、日本年金機構、共済組合等から支払われる国民年金、厚生年金又は共済年金の各制度に基づく遺族年金又は障害年金を指し、具体的には年金保険者から通知される振込通知書、支給決定通知書、「障害」が印字された年金のほか、「寡婦」、「かん夫」、「母子」、「準母子」又は「遺族」が印字された年金を指します。																								
預貯金等に関する申告	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="343 781 802 857">           預貯金額合計         </td> <td data-bbox="802 781 1552 857"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 857 802 934">           有価証券(評価概算額)         </td> <td data-bbox="802 857 1552 934"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 934 802 1003">           その他(現金・負債を含む。)         </td> <td data-bbox="802 934 1552 1003"> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	預貯金額合計	<input type="text"/>	有価証券(評価概算額)	<input type="text"/>	その他(現金・負債を含む。)	<input type="text"/>																		
預貯金額合計	<input type="text"/>																								
有価証券(評価概算額)	<input type="text"/>																								
その他(現金・負債を含む。)	<input type="text"/>																								
同意欄の記載が無い場合には受付をすることができません。 必ず同意欄も記入してください。	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="343 1003 802 1205">           同意欄            本人は、官公署、年金保険者又は銀行、郵便局等(以下同じ。)の課税状況並びに保険料の納付状況について、申告書に同意する旨を記載してください。         </td> <td data-bbox="802 1003 1552 1205"> <b>必ず預貯金額合計の記入をお願いします。</b>  <b>別世帯、内縁関係に関わらず、配偶者がいる場合、お二人の預貯金額の合計を記入し、通帳のコピーを添付してください。</b>  <b>銀行口座をお持ちでない方は、この欄に「口座なし」と記入してください。</b> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1205 802 1281">           また、申告書の報告要求に対し、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ます。         </td> <td colspan="2" data-bbox="802 1205 1552 1281"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1281 802 1357">           (本人)         </td> <td data-bbox="802 1281 1034 1357">           年 月 日         </td> <td data-bbox="1034 1281 1552 1357">           (代筆者)         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1357 802 1433">           住 所 _____         </td> <td colspan="2" data-bbox="802 1357 1552 1433"> <u>※代筆される場合は、必ず御記入ください。</u> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1433 802 1509">           氏 名 _____         </td> <td colspan="2" data-bbox="802 1433 1552 1509">           氏名 _____         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1509 802 1585">           (配偶者)         </td> <td colspan="2" data-bbox="802 1509 1552 1585">           本人との関係 _____         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1585 802 1662">           住 所 _____         </td> <td colspan="2" data-bbox="802 1585 1552 1662">           連絡先電話番号 _____         </td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1662 802 1738">           氏 名 _____         </td> <td colspan="2" data-bbox="802 1662 1552 1738">           _____         </td> </tr> </table>	同意欄 本人は、官公署、年金保険者又は銀行、郵便局等(以下同じ。)の課税状況並びに保険料の納付状況について、申告書に同意する旨を記載してください。		<b>必ず預貯金額合計の記入をお願いします。</b> <b>別世帯、内縁関係に関わらず、配偶者がいる場合、お二人の預貯金額の合計を記入し、通帳のコピーを添付してください。</b> <b>銀行口座をお持ちでない方は、この欄に「口座なし」と記入してください。</b>	また、申告書の報告要求に対し、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ます。	<input type="text"/>		(本人)	年 月 日	(代筆者)	住 所 _____	<u>※代筆される場合は、必ず御記入ください。</u>		氏 名 _____	氏名 _____		(配偶者)	本人との関係 _____		住 所 _____	連絡先電話番号 _____		氏 名 _____	_____	
同意欄 本人は、官公署、年金保険者又は銀行、郵便局等(以下同じ。)の課税状況並びに保険料の納付状況について、申告書に同意する旨を記載してください。		<b>必ず預貯金額合計の記入をお願いします。</b> <b>別世帯、内縁関係に関わらず、配偶者がいる場合、お二人の預貯金額の合計を記入し、通帳のコピーを添付してください。</b> <b>銀行口座をお持ちでない方は、この欄に「口座なし」と記入してください。</b>																							
また、申告書の報告要求に対し、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ます。	<input type="text"/>																								
(本人)	年 月 日	(代筆者)																							
住 所 _____	<u>※代筆される場合は、必ず御記入ください。</u>																								
氏 名 _____	氏名 _____																								
(配偶者)	本人との関係 _____																								
住 所 _____	連絡先電話番号 _____																								
氏 名 _____	_____																								

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の者を含みます。
- (2) 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、その全てを記入し、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、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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- (5) 同意欄については、介護保険法施行規則第83条の6第2項に規定する同意書として受け付けます。