記入例

提出日を記入してください

介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

（申請先）

氏名、生年月日、住所、被保険者番号が間違いないか確認し、太枠内を記入してください。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日			
住所	〒	連絡先	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 施設に入所している場合記入してください（　　）　－		
入所（院）年月日（※）	平・令　　年　　月　　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、記入不要です。	

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」については、記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	個人番号
	住所	配偶者がいる場合記入してください	連絡先
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）		
		市町村民税　　課税　・　非課税	

該当する箇所に☑を入れてください。

受給している全ての年金の保険者を記入してください。
・日本年金機構、地方公務員共済、国家公務員共済、私学共済等

夫婦の合計を記入してください。

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額……百円以下です。（受給している年金に○して下さ…… ※　寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準……
	□	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の……百円を超え、120万円以下です。
	□	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の……超えます。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。

預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	（　　　）※　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には、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	申請者が本人でない場合記入してください	本人との関係	

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)　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、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、余白に記入するか又は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、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面も記入してください

同　意　書

岐阜県可児市長　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。）に私及び私の配偶者（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。

提出日を記入してください

令和　　　年　　　月　　　日

＜本人＞

住所

氏名

署名してください

＜配偶者＞

住所

氏名

配偶者がいる場合記入してください