

# 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

(申請先)

令和 年 月 日

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	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		連絡先	
市町村民税 課税 非課税				

該当する箇所には☑を入れてください。

夫婦の合計を記入してください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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	
	<input type="checkbox"/>	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(受給して以下です。 ※ 寡婦年金、かみ	額が年額82万6千5百円
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者課税年金収入額と【遺族年金を超え、120万円以下です。	額が年額82万6千5百円
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者課税年金収入額と【遺族年金を超え、120万円を超え	額が年額120万円を超え
	<input type="checkbox"/>	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。	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しを添付してください	預貯金額	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む) ※内容を記入してください

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

申請者氏名	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。
申請者住所	連絡先(自宅・勤務先)
	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まず。
  - 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。
  - 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。
  - 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

署名してください

氏名

<配偶者>

住所

配偶者がいる場合記入してください

氏名