

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

藤崎町長 殿

令和 ○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	フジサキ タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者氏名	藤崎 太郎	個人番号	
生年月日	明治・大正・昭和 ○○年 △△月 ××日	性別	
住所	〒 038-0000 藤崎町大字△△字□□□□番地□	連絡先	0172-XX-XXXX
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 038-△△△△ 藤崎町大字□□字□□□□番地□ 特別養護老人ホーム△△荘 連絡先 0172-00-0000		
入所(院)年月日(※)	平成・令和 ○○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。	

押印は不要です。

介護保険施設に入所(院)している場合に記入してください。ショートステイの利用の場合は記入不要です。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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。	
配氏名	フリガナ フジサキ ハナコ 氏名 藤崎 花子	個人番号	
生年月日	大正・昭和 ○○年 △△月 ××日	住所	〒 038-0000 藤崎町大字△△字□□□□番地□
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	連絡先	0172-XX-XXXX

配偶者「有」の場合に記入してください。(別の世帯の場合も記入してください。)

夫婦の場合、合計額だけの記入でかまいません。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①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	受給している全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"/> ②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、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。	
	<input checked="" 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※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。	

非課税年金を受給している場合は、当てはまるものに○をしてください。

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	藤崎 一郎	被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。(申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。)
申請者住所	〒038-00△△ 藤崎町大字△△字□□□□番地□	

注意事項

- (1)この申請書に...
- (2)預貯金等につ...
- (3)書き切れない...
- (4)虚偽の申告に...

添付書類について

本人及び配偶者の預貯金通帳等の写し(以下の①、②)の添付が必要です。

- ① 銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分の写し
- ② 最終の残高(申請日の直近2ヶ月以内)が分かる部分の写し

してください。

に基づき、支

ください

同意書

藤崎町長 殿

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、年金保険者又は金融機関等その他の関係機関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、貴殿の報告要求に対し、金融機関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金融機関等に伝えても構いません。

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

<本人>

住所 藤崎町大字△△字□□□□番地□

氏名 藤崎 太郎

同意書欄の記入日・住所・氏名は、
必ず手書きで記入してください。押印は不要です。
(申請書提出者等の代筆でもかまいません。)

<配偶者>

住所 藤崎町大字△△字□□□□番地□

氏名 藤崎 花子