

# 記入例 介護保険負担限度額認定申請書

|                                  |  |   |  |                                       |  |     |   |   |   |   |
|----------------------------------|--|---|--|---------------------------------------|--|-----|---|---|---|---|
| フリガナ                             | ミマサカ タロウ                               |   | 保険者番号                                    | 美作市                                   | 3  | 3   | 2   | 1 | 5 | 5 |
| 被保険者氏名                           | 美作太郎                                   |   | 被保険者番号                                   | 6                                     | 2  | 7   | 7   | 7 | 7 | 7 |
|                                  |  |   | 個人番号                                     | 1                                     | 2  | 3   | 4   | 5 | 6 | 7 |
| 生年月日                             | 明                                      | 被保険者番号と個人番号(マイナンバー)を記入してください。<br>個人番号(マイナンバー)については、未記入でも受け付けます。 |  |                                       |  |     |   |   | 女 |   |
| 住所                               | 美作市北山390-2                             |   | 住民票の住所を<br>記入してください。                     |                                       | 特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所されている方は、記入してください。              |     |   |   |   |   |
| 入所(院)施設<br>(※)                   | 名称                                     | 栄町荘   |  | 特別養護老人ホーム等の介護保険施設に入所されている方は、記入してください。 |  |     |   |   |   |   |
|                                  | 所在地                                    | 美作市栄町38-2   |  |                                       |  |     |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日                         | 明                                      | 〇〇年   | ××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。 |     |   |   |   |   |
| 配偶者の有無は、決定に必要な情報ですので、必ず記入してください。 | 有                                      |   | 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。               |                                       |  |     |   |   |   |   |
| 配偶者の有無                           | 無                                      |   | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要です。 |                                       |  |     |   |   |   |   |
| 配偶者との世帯                          | 住民票上                                   | 同一世帯  | 別世帯(市内在住)                                |                                       | 別世帯(市外在住)  |     |   |   |   |   |
| フリガナ                             | ミマサカ ハナコ                               |   | 個人番号                                     | 2                                     | 1  | 0   | 9   | 8 | 7 | 6 |
| 配偶者の氏名                           | 美作花子                                   |   | 個人番号(マイナンバー)については、未記入でも受け付けます。           |                                       |  |     |   |   |   |   |
|                                  |  |   | 課税状況                                     | 市町村民税 課税                              |  | 非課税 |   |   |   |   |
| 配偶者の住所                           | 〒 709 - 4292<br>美作市江見945<br>(口被保険者と同じ) |   | 配偶者の氏名、住民票の住所、生年月日などを記入してください。           |                                       |  |     | 配偶者の市町村民税課税状況に○をしてください。※課税状況が不明の場合は、記載不要です。 |   |   |   |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)           | 〒 同上                                   |   | 1月1日の住民票の住所が美作市外の場合に限り記入してください。          |                                       |  |     |   |   |   |   |

美作市長 あて  
上記のとおり関係書類(同意書、通帳の写し等)を添えて、食事負担限度額認定を申請します。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日  
申請者(被保険者) 氏名 美作太郎  
(電話番号 〇〇〇〇 - ×× - △△△△)

〒 707 - 0014  
(提出者) 住所 美作市北山390-2  
氏名 美作一郎  
(電話番号 〇〇〇〇 - ×× - △△△△)

申請者(被保険者)と提出者が違う場合は、必ず記入してください。

申請者との関係 (子)

認印可・スタンプ印不可

裏面(収入等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

|                                      |                  |                              |                             |
|--------------------------------------|------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 保険者記入欄                               | 世帯の課税状況          | <input type="checkbox"/> 非課税 | <input type="checkbox"/> 課税 |
|                                      | この欄には記入しないでください。 |                              |                             |
| 適用期間 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 |                  |                              |                             |

(表面からの続き)

収入等に関する申告 (該当する箇所には☑をしてください。)

|                                     |                                  |  |
|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>            | 生活保護受給者(住民税世帯非課税者)である者(給付は年金受給者) | 平成 28 年 8 月からは非課税年金(遺族年金や障害年金)も判定の対象となります。受給の有無を必ず○をしてください。「有」の場合は、該当する項目(非課税年金の種類)に○をしてください。非課税年金を受給されていない場合は、「無」に○をつけてください。また、受給している全ての年金の保険者名に○をしてください。                           |
| <input type="checkbox"/>            | 市民税課税者                           |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と    |  |
| <input type="checkbox"/>            | 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と    |  |
| 非課税年金 受給の有無                         |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 (遺族年金※・障害年金) ・ <input type="checkbox"/> 無<br><small>(受給の年金に○をしてください)</small>   |
| 受給している全ての年金の保険者に○をしてください            |                                  | <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<br><small>※ 寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。</small> |

預貯金等に関する申告 (被保険者(本人)、配偶者の預貯金等の資産について記入してください。)

| 種類                        | 氏名(口座名義) | 金融機関及び支店名 | 対象者   | 預貯金額        |
|---------------------------|----------|-----------|---|-------------|
| 預貯金<br>(普通・定期)            | ミマサカ タロウ | 〇〇銀行 〇〇支店 | <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 配偶者 | 1,250,377 円 |
|                           | ミマサカ ハナコ | 〇〇農協 〇〇支店 | 本人・ <input type="checkbox"/> 配偶者                          | 500,123 円   |
|                           |          |           | 本人・ <input type="checkbox"/> 配偶者                          | 円           |
|                           |          |           | 本人・ <input type="checkbox"/> 配偶者                          | 円           |
| 有価証券<br>投資信託等<br>(株式・国債等) | 氏名       | 種類        | 対象者   | 評価概算額       |
|                           | 美作 太郎    | 投資信託      | <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 配偶者 | 500,000 円   |
| その他<br>(負債・現金等)           | 氏名       | 種類        | 対象者   | 金額          |
|                           | 美作 花子    | タンス預金     | 本人・ <input type="checkbox"/> 配偶者                          | 155,500 円   |
|                           |          |           | 本人・ <input type="checkbox"/> 配偶者                          | 円           |
|                           |          |           | 合計  | 2,406,000 円 |

- ・預貯金等の資産状況について記入してください。配偶者がいる場合は、配偶者に係る預貯金等についても記入し、通帳等の写しを添付してください。(夫婦以外の世帯員に係る資産については、記入不要です。)
- ・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください。
- ・「その他」の欄は、ご自宅等の手持ち現金、負債(借金)等を記入してください。種類と金額を記入し、負債の場合は必ず「マイナス」をつけてください。借用書などを添付してください。
- ・記入欄が足りない場合は、余白に記入するか、別紙に記入のうえ添付してください。

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

- ・預貯金(普通・定期)… 通帳の写し(銀行名・支店名・口座番号・名義、最終残高(申請日直近の記帳分から2ヶ月前まで)の分かる部分) [ 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを添付 ]
- ・有価証券(株式・国債など)… 証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債(借入金・住宅ローンなど)… 借用書など

同意書

美作市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員について、公簿等で課税状況等を調査すること、また、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。なお、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。

令和〇〇年××月△△日

提出する日付を記入してください。

<被保険者本人>

住所 美作市北山390-2  
 氏名 美作太郎

<配偶者>

住所 美作市江見945  
 氏名 美作花子



被保険者本人、配偶者の住所、氏名を必ず記入し、押印してください。配偶者がいる場合は、それぞれ別々の印鑑を押印してください。(認印可・スタンプ印不可)

(裏面)