

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
日進市長 宛て

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	連絡先																		
入所（院）した介護 保険施設の所在地 及び名称 （※）	連絡先																		
入所（院）年月日 （※）	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	年 月 日		個人番号															
	住 所	連絡先																	
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）																		
	課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税																	

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、 年金収入額（非課税年金を含む）、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。																	
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額（非課税年金を含む）、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。																	
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額（非課税年金を含む）、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。																	
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は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③は650万円（同1,650万円）、 ④は550万円（同1,550万円）、⑤は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤は1,000万円（夫婦は2,000万円）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）	（ ） 内容を記入してください		円									
	受 給 し て い る 年 金	☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ その他※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金等（ ）																	

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	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。

1 本人のその他資産等状況

区分	有無	内 容	
金・銀など、時価評価額が容易に把握できる貴金属	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
投資信託	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
現金 (タンス預金)	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
負債 (借入金・住宅ローン等)	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
その他	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円

2 配偶者のその他資産等状況

区分	有無	内 容	
金・銀など、時価評価額が容易に把握できる貴金属	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
投資信託	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
現金 (タンス預金)	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
負債 (借入金・住宅ローン等)	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円
その他	☐ 有	種 類	金 額
	☐ 無		円
			円

3 その他確認事項

年金が振り込まれている通帳がある。 ☐

生活費（電気/ガス/水道使用料等）の支払いを確認できる通帳がある。 ☐

※無い場合、事情をご記入ください。（ ）

同意書

日進市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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。

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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

[署名代行者] 住 所

氏 名

続柄

署名代行理由