

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

別府市長 あて

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	ベツフ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6		
被保険者氏名	別府 太郎		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・昭	別	男	女											
住所	(〒 874 - 8511) 別府市上野口町1-15		電話番号	0000-0000											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地	(〒 874 - 0844) 別府市火売1	電話番号	0000-0000											
	名称	介護老人保健施設〇〇〇													
入所(院)年月日(※)	〇年 〇月 〇日		(※)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。												

マイナンバーを記入してください。

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。										
フリガナ	ベツフ ハナコ													
氏名	別府 花子													
生	住民票上世帯が異なる配偶者や内縁関係の方を含みますので必ずご記入ください。 ※戸籍照会・所得照会等を行う場合がございます。 ※一方が施設に入所して、住所が被保険者と異なる場合も対象となります。		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
住			番号 0000-0000											
本			左記を記入した場合											
在			配偶者の市町村民税課税状況											
の			記入不要です											
事														
項														

マイナンバーを記入してください。

住民票上世帯が異なる配偶者や内縁関係の方を含みますので必ずご記入ください。
※戸籍照会・所得照会等を行う場合がございます。
※一方が施設に入所して、住所が被保険者と異なる場合も対象となります。

収入等に関する申告	記入不要です													
	非課税年金受給	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てにチェックをして下さい。										
	年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金	<input type="checkbox"/> 障害年金	年金保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構	<input type="checkbox"/> 国家公務員共済	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済	<input type="checkbox"/> 私学共済						
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり													
	預貯金額	500万	円	有価証券		円	その他		円					
				(評価概算額)			(現金・負債を含む)							

記入しないでください

※内容を記入してください
配偶者がいる場合は、ご本人と配偶者のすべての預貯金等の金額を合わせて記載してください。
※ 年金や高額介護サービス費など全ての銀行等の振込口座の通帳等のコピーも添付してください。
※ 記入の上、基準額（単身1,000万円、夫婦は2,000万円）以下の場合にはチェックを入れてください。
※ 虚偽の申告をされた場合は、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。

裏面もご記入ください

同意書

記入例

別府市長 あて

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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。)に配偶者の有無、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、報告を求めるところに同意します。

また、別府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。

○年 ○月 ○日

<本人> 住所 〒874-8511
別府市上野口町1-15
氏名 別府 太郎

<配偶者> 住所 〒874-8511
別府市上野口町1-15
氏名 別府 花子

申請者が本人以外の場合は、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。

フリガナ	ベッフ ジロウ	事業所が提出する場合は名称等を記入	
申請者氏名	別府 次郎	連絡先	〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	別府市上野口町1-15	本人との関係	子

申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。

氏名

別府 太郎

印

注意事項

- (1) この申請における「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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。