

(申請先)

指宿市長 様

記入例

介護保険被保険者証
(うぐいす色)の被保険者番号

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 被保険者氏名	イブスキ タロウ	被保険者番号		2	1	0	0														
	指宿 太郎	個人番号																			
		生年月日	〇年 〇月 〇日																		
住所	〒000-0000 被保険者住所 電話番号 0993-00-0000																				
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒000-0000 入所する施設 電話番号 0993-00-0000																				
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。																	
配偶者の有無	有 ・ 無			配偶者の有無が「無」の場合、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	イブスキ ハナコ																			
	氏名	指宿 花子																			
	生年月日	〇年 〇月 〇日			個人番号																
	住所	〒000-0000 配偶者の施設(被保険者と同様の場合は、「同上」と記載) 電話番号 0993-00-0000																			
	本年1月1日現在 の住所（現住所 と異なる場合）	現住所と異なる場合は必ず記載してください。 電話番号 0993-00-0000																			
課税状況	市町村民税			市外住所の場合は課税証明を添付																	
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※・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82.65万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																			
	<input checked="" type="checkbox"/>	④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82.65万円を超え、120万円以下です。																			
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、 当てはまる収入にチェック、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超																			
預貯金等に関する 申告 ※通帳等の写し は別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円） ③の方は650万円 ⑤の方は500万円（同一1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。																			
	預貯金額	3,000,000円	有価証券 (評価概算額)	2,000,000円	その他 (現金・負債を 含む)	() ※ -1,000,000円 ※内容を記入してください。															

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	山川 勝雄	連絡先（自宅・勤務先）	0993-00-0000
申請者住所	〒000-0000 指宿市開間十町〇〇番地	本人との関係	長男

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みます。
- 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、その全てを記入し、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。

裏面もご記入ください。

(裏)

○ 本人及び配偶者の預貯金等についてご記入ください。

種類	氏名 (口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金	指宿 太郎	〇〇銀行 〇〇支店	2,000,000円
	指宿 花子	〇〇銀行 〇〇支店	1,000,000円
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>お持ちのすべての通帳（定期も含みます）について、ご記入ください。 ※おひとりの場合は、おひとり様分を、 ご夫婦の場合はお二人それぞれの預貯金額について記入してください。</p> </div>		円
有価証券等	指宿 太郎	〇〇銀行 〇〇支店	2,000,000円
			円
その他 (負債・現金等)	氏 名	種 類	金 額 円
	指宿 太郎	現金	1,000,000円
	指宿 花子	住宅ローン	-2,000,000円
添付書類	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>たんす預金がある場合は現金額を記入してください。 負債がある場合は負債残額を記入してください。</p> </div>		〇〇〇,〇〇〇円

- 預貯金等の要件
- ・預貯金（普通・定期）・・・通帳等の写し（銀行名、支店名、名義、最終残高（2ヶ月前まで）の分かる部分）
 - ・有価証券（株式・国債など）・・・証券会社又は銀行残高の写し
 - ・負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用書など

送付先 送付先住所と宛名又は入所施設名

【 同 意 書 】

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に私及び配偶者（内縁関係の者を含む）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、照会すること、及び私の当該申請に対する決定事項について居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、指宿市が情報提供することを同意する。

また、貴市長の同意書を提出している旨を銀行等に伝えて

同意書は自筆になります。

※以下に該当する方は、記入する必要はありません。

・生活保護を受給している方。 ・境界層に該当する方。

<本人>

住 所 被保険者住所

氏 名 指宿 太郎

<配偶者>

住 所 配偶者住所

氏 名 指宿 花子

この欄は記入しないでください。