

表面 記載例
裏面も記入してください。

介護保険負担限度額認定

添付書類が必要です。添付書類詳細については裏面を参考にしてください。

本人が手書きする場合、押印は不要です。

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 | カイゴ タロウ | 被保険者番号 | 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 |
| 被保険者氏名 (注1) | 介護 太郎 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 |
| 生年月日 | 明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日 | 住民票の住所を記載 | |
| 住所 | 岡崎市〇〇町〇丁目〇番地 | 連絡先 | 〇〇-〇〇〇〇 |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※2) | 特別養護老人ホーム 〇〇〇 | 連絡先 | 〇〇-〇〇〇〇 |
| 入所(院)年月日(※2) | 昭・平・令 〇〇年〇月〇日 | 介護保険施設に入所(院)している場合のみ記載 | |

(注1) 本人が手書きしない場合は記名押印してください

| | | | | |
|-----------|------------------------|--|----------------|-------------------------|
| 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。 | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | カイゴ ハナコ | 内縁関係の場合も「有」に〇印 | |
| | 氏名 | 介護 花子 | | |
| | 生年月日 | 明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日 | 個人番号 | 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 |
| | 住所 | 岡崎市△△町△丁目△番地 | 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 | 分からない場合は未記入で提出してください。市で調査します。 | | |

| | | | |
|------------|-------------------------------------|--|----------------------------|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 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/第2号被保険者 | 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 |
| | <input type="checkbox"/> | 市町村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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に〇をしてください) | 650万円(夫婦は1,650万円)以下 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 市町村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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に〇をしてください) | 550万円(夫婦は1,550万円)以下 |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 市町村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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に〇をしてください) | 500万円(夫婦は1,500万円)以下 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | |
| | | 預貯金額 | 10,000,000円 |
| | | 有価証券(評価概算額) | 0円 |
| | | その他(現金・負債を含む) | ()※ 500,000円 ※内容を記入 |

提出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。

| | | | |
|-------|-----------|-------------|-----------------------|
| 提出者氏名 | 介護 一郎 | 連絡先(自宅・勤務先) | 〇〇-〇〇〇〇 090-0000-0000 |
| 提出者住所 | 岡崎市〇〇町〇番地 | 本人との関係 | 子 |

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、そのすべてを記入し、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 記載例

同意書

(宛先) 岡崎市長

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。

<本人>

住所 岡崎市〇〇町〇丁目〇番地
氏名 介護 太郎

<配偶者>

住所 岡崎市△△町△丁目△番地
氏名 介護 花子

住民票の住所を記載

本人が氏名を手書きする場合、押印は不要です。

配偶者の範囲について注意点

- ① 戸籍上の婚姻に限らず、事実上婚姻状態にある場合も含まれます。
- ② 婚姻中であっても、DV防止法における配偶者からの暴力がある場合、行方不明の場合などは配偶者の範囲外となる場合があります。市役所介護保険課までご相談ください。

【預貯金等の範囲】 対象とする預貯金等については、以下のとおりです。

複数ある場合はそのすべてについて、写しを添付してください。

配偶者「無」の場合は、被保険者本人の名義のみ、配偶者「有」の場合は、夫婦いずれの名義でも写しが必要です。夫婦以外のかたの写しは必要ありません。

| 種類 | 対象 | 確認方法 |
|---|----|--|
| 預貯金（普通・定期） 【写しの必要な箇所】 ①表紙の裏面、②普通預貯金の直近残高、③定期預貯金の直近残高 | ○ | 通帳の写し（複数ある場合はすべての通帳。申請日の 2か月前までに記帳したもの 。インターネットバンキングは、口座残高ページの写しも可） |
| 有価証券（株式・国債・地方債・社債など） | ○ | 証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| 金・銀など | ○ | 購入先の銀行など口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| 投資信託 | ○ | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可） |
| タンス預金（現金） | ○ | 自己申告 |
| 負債（借入金・住宅ローンなど） | ○ | 借用証明、残高証明など |
| 不動産（家屋、土地など） | × | — |
| 生命保険 | × | — |
| 自動車 | × | — |
| 貴金属（腕時計・宝石など時価評価額の把握が困難であるもの） | × | — |
| その他高価な価値のあるもの（絵画・骨董品・家財・ゴルフ場会員権など） | × | — |