

記入例

表面

提出日
(記入日)

介護保険負担限度額認定申請書 新規 更新

(あて先) 山形市長 令和 ○年 ○月 ○日

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	カゴ 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	介護 太郎	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9	
生年月日	明・大 昭 3年 2月 1日	要介護度	要支援 1・2 要介護 ① 2・3・4・5	
住所	〒 990-8540 山形市旅籠町二丁目3番25号 電話番号(必須) 641-0000			
入所(院)している介護保険施設の名称(※)	特別養護老人ホーム ○×△□			
入所(院)年月日(※)	令和 ○年 ○月 ○日	(※)介護保険施設に入所(院)している方のみ記入してください。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	「配偶者」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。配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	カゴ ハナコ	生年月日	明・大 昭 4年 5月 6日
	氏名	介護 花子	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 0 0
	住所	〒 990-0836 山形市南石関27番地 電話番号 645-0000		
	課税状況	市町村民税 課税	非課税	

該当する欄に必ずチェックしてください。

収入等に関する申告	預貯金等に関する申告 (配偶者がいる場合は合計額)
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	<input 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。
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、	預貯金、有価証券等の金額の合計が、
<input type="checkbox"/> 年額80万円以下です。	<input type="checkbox"/> 650万円(夫婦は1650万円)以下です。
<input checked="" type="checkbox"/> 年額80万円を超え120万円以下です。	<input checked="" type="checkbox"/> 650万円(夫婦は1550万円)以下です。
<input type="checkbox"/> 年額120万円を超えます。	<input type="checkbox"/> 500万円(夫婦は1500万円)以下です。

※ 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。

受給している全ての年金の保険者に○して下さい	<input checked="" 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 その他()	預貯金額 1,500,000 円 有価証券(評価概算額) 500,000 円 その他(現金・負債を含む) 100,000 円 (現金)	
------------------------	---	--	--

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です。

申請者氏名	介護 一郎	本人との関係	長男
申請者住所	〒 990-0836 山形市南石関27番地 電話番号(必須) 645-0000		

【注意事項】
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、支給された額の返還に加え加算金を課す場合があります。

注意：裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。 裏面に続く

《山形市記入欄》		限度額認定証	負担段階	第 段階
住民税課税状況	生活保護受給	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	適用期間	年 月 日～ 年7月31日
・被保険者本人 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	(年 月 日～)	<input type="checkbox"/> 有	年 月 日～	備考
・世帯 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	境界層	<input type="checkbox"/> 該当		
・配偶者 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税		<input type="checkbox"/> 給付制限		
※ <input type="checkbox"/> 無 有(<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯)		<input type="checkbox"/> 施設入所		
預貯金等 <input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超		<input type="checkbox"/> 送付先指定		点検 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 新規・変更・転入申請中		<input type="checkbox"/> 金融機関照会	<input type="checkbox"/> 非課税年金照会	<input type="checkbox"/> 戸籍照会 <input type="checkbox"/> その他()

個人番号(マイナンバー)が不明な場合は空欄で可

該当するものに必ずチェック

本人以外の方が申請する場合、必ず記入

夫婦で持っている全ての預貯金額(定期も含む)の合計額、株などの有価証券、現金等の金額を記入

裏面も必ずご記入ください

(裏面)

○預貯金等に関する申告

(更新申請の方は必ずご記入ください。)

種類	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	種別	年金振込	預貯金額(最新の残高)
----	----------	-----------	----	------	-------------

新規申請の場合、本人と配偶者の全ての預貯金通帳の写し、定期預金の証書・有価証券等の写しを、申請書と一緒に必ず提出してください。

※通帳の写しは以下のページを提出してください。

- ・通帳の見開き(金融機関・支店名、口座番号、氏名が印字してあるところ)
- ・直近2~3ヶ月間の出入金記録(直近の記録がわかるよう必ず記帳してください)

・(定期預金がある場合)定期預金の記載箇所

(生活保護受給者の方は、通帳の写しの提出は不要です。)

(現金)等	本人	配偶者	
-------	----	-----	--

【注意事項】

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、支給された額の返還に加え加算金を課す場合があります。

○銀行等への照会に係る同意書

同意書

(あて先)山形市長

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、山形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。

令和 ○年 ○月 ○○日

提出日
(記入日)

<本人>

氏名

介護 太郎

住所

山形市旅籠町二丁目3番25号

<配偶者>

氏名

介護 花子

住所

山形市南石関27番地

必ず
記入

配偶者がいない場合は
記入不要