

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 3 年 8 月 1 日

(申請先) 十和田市長
次のとおり関係書類を添えて

個人番号を記載されたかたは、個人番号の確認と申請者の
身元確認を行いますので、マイナンバーカード又は通知カ
ード及び身元確認に必要な書類と共に申請してください。

します。

フリガナ	トワダ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
被保険者氏名	十和田 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 ○ 年 ○ 月 ○ 日	性別	男 ・ 女											
住所	十和田市○○丁目○番○号 特別養護老人ホーム○○○ 連絡先 0176-00-0000													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	十和田市○○丁目○番○号 特別養護老人ホーム○○○ 連絡先 0176-00-0000													
入所(院)年月日(※)	昭 平 令 ○ 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	トワダ ハナコ											
	氏名	十和田 花子											
	生年月日	明・大・昭 ○ 年 ○ 月 ○ 日											
	住所	十和田市○○番町○番○号											
	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		非課税年金の受給状況について、 当てはまるものに○をしてください。										

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											
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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 万円以下です。 (↑受給している年金に○をして下さい) ※ 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 type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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○をして下さい)											
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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○をして下さい)											
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金額	300,000 円	有価証券(評価概算額)	100,000 円	その他(現金・負債を含む)	(投資信託) ※ 50 万 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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	十和田 次郎	連絡先	(自宅)・勤務先・携帯) 0176-00-0000
申請者住所	十和田市西○○番町○番○号	本人との関係	長男

被保険者の住所地以外に送付希望の場合に記入してください

本人以外の家族等が提出される場合に記入してください。

決定通知書及び認定証の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 入所施設	<input type="checkbox"/> 支援事業所	送付先住所(所在地)	十和田市○○丁目○番○号
	<input type="checkbox"/> 家族宅	<input type="checkbox"/> その他	送付先氏名・名称	特別養護老人ホーム○○○ 本人との関係()

注意 入所施設や居宅支援事業所(ケアマネ)を通しての送付を希望する場合は、こちらに記入してください。

- 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、同意欄のご記入及び捺印をお願いいたします。

同意書

十和田市長 様

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、貴市長の報告要件に対し、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 3 年 8 月 1 日

本人が署名のうえ、押印ください。署名ができない場合は、代筆でも構いません。

配偶者が「有」の場合は、預貯金等の有無に関わらず、必ず配偶者も記入、押印願います。

<本人>

住所 十和田市〇〇丁目〇番〇号 特別養護老人ホーム〇〇〇

氏名 十和田 太郎



<配偶者>

住所 十和田市〇〇番町〇番〇号

氏名 十和田 花子

