

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 令和 年 月 日  
岐阜県下呂市長 様

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                     |              | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                   |              | 個人番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 明・大・昭 年 月 日生 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| 住所                       | 〒 連絡先        |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒 連絡先（ ） ー   |        |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                   |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日（※）              | 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                   |                |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名                     |                |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   | 明・大・昭・平 年 月 日  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住所                     | 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 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |                          |                                                                                                                                                             |   |                 |   |                   |      |   |              |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------|---|-------------------|------|---|--------------|--|--|--|--|--|--|
| 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82万6千5百円以下です。<br>(受給している年金に○して下さい。以下同じ。)<br>※ 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"/> | 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82万6千5百円を超え、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120万円を超えます。                                                                                      |   |                 |   |                   |      |   |              |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。<br>※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 |   |                 |   |                   |      |   |              |  |  |  |  |  |  |
|                          |                          | 預貯金額                                                                                                                                                        | 円 | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | ( )※ | 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 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係      |

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (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。

## 個人番号等確認欄

| 番号確認                                                                                                                                                                                        | 窓口(施設)にきた方の身元の確認 ( 本人様 ・ 代理人 様 )                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し<br><br><input type="checkbox"/> システム転記<br><br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 1点確認                                                                                         | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート<br><br><input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 官公庁発行の免許証(写真付き)<br><br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳 ( 写真付き )<br><br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|                                                                                                                                                                                             | 2点確認                                                                                         | <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金証書 ・ 手帳<br><br><input type="checkbox"/> 受給者証 ( 医療 ・ サービス ) <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書<br><br><input type="checkbox"/> 精神手帳(写真なし) <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                 |
| 代理権確認                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

市確認者（ ）

# 資 産 申 告 書

下呂市長 様

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

私及び配偶者の資産の保有状況は、下記のとおり相違ありません。

記

【本人】預貯金等

| 預貯金<br>普通<br>定期 | 有・無 | 金融機関名 | 口座番号 | 口座名義 | 預貯金額 |
|-----------------|-----|-------|------|------|------|
|                 |     |       |      |      | 円    |
|                 |     |       |      |      | 円    |
|                 |     |       |      |      | 円    |
|                 |     |       |      |      | 円    |
| タンス預金           | 有・無 |       |      |      | 円    |

| 有価証券等 | 有・無 | 種類 | 契約者 | 金額 |
|-------|-----|----|-----|----|
|       |     |    |     | 円  |
|       |     |    |     | 円  |
|       |     |    |     | 円  |

【配偶者】預貯金等

| 預貯金<br>普通<br>定期 | 有・無 | 金融機関名 | 口座番号 | 口座名義 | 預貯金額 |
|-----------------|-----|-------|------|------|------|
|                 |     |       |      |      | 円    |
|                 |     |       |      |      | 円    |
|                 |     |       |      |      | 円    |
|                 |     |       |      |      | 円    |
| タンス預金           | 有・無 |       |      |      | 円    |

| 有価証券等 | 有・無 | 種類 | 契約者 | 金額 |
|-------|-----|----|-----|----|
|       |     |    |     | 円  |
|       |     |    |     | 円  |
|       |     |    |     | 円  |

※預金通帳の写し添付 （表紙及び最終記帳ページ、直近の年金支給額の記帳ページ）

# 同 意 書

下呂市長 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、下呂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に伝えて構いません。

令和        年        月        日

<本 人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印