

(表面)

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 南伊勢町長 様

次のとおり関係書類を添えて、

裏面「同意書」も必ずご記入ください。

年度

施設に入所している場合に記入して下さい。ショートステイ利用の場合は記入不要です。

ミナミイセ タロウ

被保険者番号

4 8 0 0 0 × × × × ×

個人番号

生年月日

明・大 昭

被保険者番号を記入して下さい。(10桁)

南伊勢 太郎

住 所

三重県度会郡南伊勢町五ヶ所浦〇〇〇〇番地〇〇

電話番号 0 5 × × - × × - 1 2 3 4

入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称

三重県度会郡南伊勢町五ヶ所浦〇〇〇〇番地〇〇

特別養護老人ホーム △△△

電話番号 0 5 × × - × × - 1 2 3 4

配偶者「有」の場合に記入して下さい。(同世帯・別世帯の場合も記入して下さい。)

昭・平 令 3 0 年 1 月 1 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。

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、記入不要です。

ミナミイセ ハナコ

個人番号

生年月日

明・大・昭・平

〇〇年△△月□□日

南伊勢 花子

配偶者に関する事項

氏 名

住 所

三重県度会郡南伊勢町五ヶ所浦〇〇〇〇番地〇〇

電話番号 0 5 × × - × × - 1 2 3 4

市町村民税賦課期日現在の住所(現住所と異なる場合)

本年1月1日(申請が1月から7月までの場合は前年1月1日)時点の住所を記入してください。

課 税 状 況

市町村民税

課税

非課税

収 入 等 に 関 する 申 告

☐ 生活保護受給者／

本人及び配偶者の預貯金通帳等の写しの添付が必要です。

①通帳の金融機関名・支店名・口座番号・名義が分かる部分の写し
②最終残高(直近から2ヶ月前までの記帳期間)が分かる部分の写し

年金受給者

【遺族年金・障害年金】

受給している場合〇を記入ください。

障害年金

120 万

1,000 万円(夫婦は2,000 万円)以下

650 万円(夫婦は1,650 万円)以下

50 万円(夫婦は550 万円)以下

500 万円(夫婦は1,500 万円)以下

預 貯 金 等 に 関 する 申 告

☒ 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

2,345,500 円

有価証券
(評価概算額)

0 円

その他
(現金・負債を含む)

(内容 現金)
45,000 円

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名

南伊勢 一郎

連絡先(自宅・勤務先)

0 5 × × - × × - 1 2 3 4

提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)

南伊勢町五ヶ所浦〇〇〇〇番地〇〇

本人との関係

子

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、内縁関係の者を含みます。
- (2) 遺族年金には、寡婦年金、加齢給付金等を含みます。
- (3) 預貯金等については、同じ種類を複数記入してください。
- (4) 書き切れない場合は、余白に記入してください。
- (5) 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。

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入して下さい。
連絡先は、昼間連絡のつく電話番号をご記入ください。
(内容についてお問い合わせする場合があります)

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

(宛先) 南伊勢町長 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、南伊勢町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

同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入して下さい。
(申請書提出者等の代筆でもかまいません)
※押印は不要です。

<本人>

住所 南伊勢町五ヶ所浦○○○○番地○○

氏名 南伊勢 太郎

配偶者がいる場合は、記入してください。

<配偶者>

住所 南伊勢町五ヶ所浦○○○○番地○○

氏名 南伊勢 花子

保険者 確認欄	備 考	受 付	入 力	確 認