

記入例
(表面)

介護保険 負担限度額認定申請書及び課税状況等確認同意書

令和 〇 年 〇 月 〇 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	ナリタ 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	成田 太郎	個人番号	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9
生年月日	昭和 5 年 6 月 7 日		
住所	〒 286-8585 成田市花崎町760番地	電話番号	0476-20-1545
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 特別養護老人ホーム 〇〇苑	電話番号	0476-12-3456
入所(院)年月日(※)	令和 〇 年 〇 月 〇 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	ナリタ ハナコ	
	氏名	成田 花子	
	生年月日	昭和 7 年 8 月 9 日	個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
	住所	〒 286-8585 成田市花崎町760番地	電話番号 0476-20-1545
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	
	市町村民税	課税	・ 非課税

配偶者がいる場合本人及び配偶者の分をご記入ください。配偶者がいない場合は、本人分のみをご記入ください。

非課税年金を受給している場合は、受給している年金の種類に〇をしてください。

①生活保護受給者	〇	②高齢福祉年金受給者	〇
③市町村民税世帯非課税者であること、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80万円を超え、120万円以下です。	〇	④市町村民税世帯非課税者であること、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。	〇
⑤市町村民税世帯非課税者であること、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。	〇	⑥市町村民税世帯非課税者であること、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。	〇

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添

預貯金額	1,234,567 円	有価証券(評価概算額)	300,000 円	その他(現金・負債を含む)	(現金 ※ 100,000 円)
------	--------------------	-------------	------------------	---------------	----------------------------------

※内容を記入してください。

預貯金額は、本人・配偶者名義のすべての口座の写しの添付が必要になります。記帳をしたうえで、直近2か月分と名義の確認できるページの写しを添付してください。

現在の評価額を記入し、株式や国債等の金額の確認ができるものを添付してください。有価証券には株式、国債、地方債、社債、出資金等が該当します。

両面のご記入をお願いいたします。

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」とは、世帯分離をしている配偶者又は中絶関係の者を含まず、
 - (2) 預貯金等については、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、
 - (4) 虚偽の申告により不
- 2条第1項の規定に
- 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ことがあります。

記入例
(裏面)

同意書

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、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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、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

署名をお願いいたします。

<本人> 住所 **成田市花崎町760番地**

氏名 **成田 太郎**

<配偶者> 住所 **成田市花崎町760番地**

氏名 **成田 花子**

両面のご記入をお願いいたします。

成田市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	利用者負担段階 段階
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

()