

＜記入例＞

介護保険負担限度額認定申請書

(新規申請 ・ 更新申請)

申請日を記入

どちらかをマルで囲む

年 月 日

介護保険被保険者証の番号

(申請先) 伊那市長

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 被保険者氏名	イナ タロウ 伊那 太郎	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	個人番号										
住 所	〒 伊那市下新田3050番地	電話番号										
入所(院)した介護保険施設 の所在地及び名称(※)	〒 現在入所している施設名か、入所予定の施設名を記入	電話番号										
入所(院) 年月日(※)	○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	イナ ハナコ 伊那 花子	夫または妻について、「有」の場合に記入。									
	生年月日	明治・ 大正 ・昭和・平成 年 月 日	個人番号									
	住 所	〒 伊那市高遠町西高遠1806番地	電話番号									
	本年1月1日現在の 住所（現住所 と異なる場合）	住所変更等をされていない場合は記入不要										
	課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税										

必ず、記入 してください。 収入が不明な 場合は空欄で 構いません。 (配偶者がい る場合は、預 貯金額の合	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者											
	☐	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80万9千円以下です。 （受給している年金に○をして下さい。以下同じ。） ※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。											
	☐	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80万9千円を超え、120万円以下です。											
	☐	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、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、 ③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。											
	預貯金額	4,500,101 円		有価証券 (評価概算額)	0 円		その他 (現金・負債を含む)	(現金) ※ 300,000 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	伊那 一郎	電話番号(自宅)勤務先)	94-3696	
申請者住所 〒	伊那市高遠町西高遠1806番地	本人との関係	長 男	

【添付書類】	☐ 預貯金等の照会に関する同意書(裏面)	☐ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し
--------	---	--

注意事項

- (1) この **預貯金 ・ 有価証券に係る通帳等の写し(表紙と残高のわかるページ)** みます。
- (2) 預貯 **を必ず添付してください。(本人と配偶者のものが両方必要です。)** 写しを添付してください。
- (3) 書き **裏面の同意書の署名(代筆可)も忘れずにお願いします。**
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者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。

〔裏面あり〕

同意書

伊那市長 殿

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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）及び世帯員の課税状況、住民登録情報、その他に市が保有する情報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、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

当該申請に対する決定事項について、私（被保険者）の介護サービスを提供する事業者に対して、市が本申請書の情報を提供することに同意します。

○年 ○月 ○日

＜被保険者本人＞

住 所 **伊那市下新田3050番地**

氏 名 **伊那 太郎**

＜配偶者＞ ※いない場合は記入不要

住 所 **伊那市高遠町西高遠1806番地**

氏 名 **伊那 花子**

市 記入欄

記入不要