

記入例

介護保険負担限度額認定申 (特養・老健・療養・短期)

押印は不要です

奥多摩町長

年 月 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	オクタマ タロウ		被保険者番号	0000012345									
被保険者氏名	奥多摩 太郎		個人番号	987654321000									
生年月日	明・大・昭 12年 3月 4日		性別	男・女									
住所	〒198-0123 奥多摩町〇〇1234番地5		連絡先	83-1111									
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒198-0987 奥多摩町〇〇987番地 特別養護老人ホーム ◇◇◇		連絡	介護保険施設にすでに入所している 場合はご記入ください。									
入所(院) 年月日(※)	昭・平・令 元年 12月 3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	オクタマ ハナコ		記入不要です。																			
	氏名	奥多摩 花子																					
	生年月日	明・大・昭 3年 4月 5日	個人番号																				
	住所	〒198-0123 奥多摩町〇〇1234番地5												連絡先	83-1111								
	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		配偶者「有」 の場合は、 必ずご記入 ください。																				

預貯金等に関する 申告	<input type="checkbox"/> ①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"/> ②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 万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。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。 <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 80 万円を超え、120 万円以下です。 <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 120 万円を超えます。										受給している全ての 年金の保険者に 〇して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は 1000 万円 (夫婦は 2000 万円)、②の方は 650 万円 (同 1650 万円)、③の方は 550 万円 (同 1550 万円)、④の方は 500 万円 (同 1500 万円) 以下です。 ※第 2 号被保険者 (40 歳以上 64 歳以下) の場合、①～④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 (評価概算額)	円		その他 (現金・負債 を含む)	(現金)※ ●●●●円 ※内容を記入してください				

わからない場合
は記入不要です。

必ずご記入のう
え、通帳などのコ
ピーを添付してく
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。	奥多摩 一郎	連絡先	(自宅・携帯・勤務先) 83-2777	
	奥多摩町〇〇555番地5	本人との関係	長男	

記入した方のお名前、連絡先などを
ご記入ください。

- 預貯金等については、同じ種類の預貯金
- 書き切れない場合は、余白に記入するか、また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、支給された額を返還いただくほか、最大 2 倍の加算金を納付いただくことがあります。

押印は不要です

同意書

奥多摩町長 殿

ご本人および配偶者の所得および預貯金等について、町が必要と判断した場合、町が官公署や金融機関等に照会をすることへの同意です。

この同意をいただけない場合、申請を受け付けることができません。

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。

この同意書を記入した日です。

年 月 日

<本人>

住所 奥多摩町〇〇1234番地5

氏名 奥多摩 太郎

必ず記入をお願いします。

代筆 奥多摩 一郎 (長男)

<配偶者>

住所 奥多摩町〇〇1234番地5

氏名 奥多摩 花子

代筆の場合はご記入ください。

配偶者がいる場合は、必ず記入をお願いします。

※ 成年後見人のある場合は、後見人の住所、氏名となります。

※ 本人が記入できない場合は代筆でも可としますが、その場合は代筆であること、代筆者の氏名、本人との関係を余白に記載してください。

通帳等のコピーの提出について

本人または配偶者が、下の表の「資産の種類」の欄にあてはまる資産をお持ちであれば、以下の書類をあてはまるものすべて提出してください。

資産の種類	提出する書類
預貯金（普通・定期）	<u>通帳のコピー</u> ※ 本人と配偶者（夫または妻）の名義のもの両方を提出 ※ 複数の通帳をもっている場合は、そのすべてを提出 【コピーするページ】 ① 金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人氏名のわかるページ （表紙を1枚開いたページ） ② 最新の残高、および申請日から <u>2か月前</u> くらいまでの残高の動きがわかるページ
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し
金銀などの貴金属	購入先の銀行などの口座残高の写し
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し
現金	自己申告（申請書に金額を記入）
負債（借入金・住宅ローンなど） ※預貯金等の額から差し引きます。	借用書など現在の負債残高が確認できる書類の写し

※生命保険、自動車、時計、宝石、絵画、骨董品、家財は対象になりません。

※インターネットバンク等の場合、通帳のかわりにウェブページの写しでも可です。