

別紙1

介護保険負担限度額認定申請書

表面記入例

(申請先) 草津市長宛

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。

被保険者名	クサツ タビマル	被保険者番号	0000123456
氏名	草津 たび丸	個人番号	123456789123
生年月日	昭和 11年 1月 1日	性別	男
住所	〒525-8588 草津市草津三丁目13番30号 連絡先 077-△△△-△△△△		
施設(名称)	〒525-0000 草津市〇〇〇丁目〇番〇号 特別養護老人ホーム〇〇〇 連絡先 077-△△△-△△△△		
入所(院)年月日(※)	平成 28年 4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。	

配偶者の有無	有	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。		
フリガナ	クサツ ビワコ			
氏名	草津 びわこ			
生年月日	昭和22年 2月22日	個人番号	987654321987	
住所	〒525-0000 草津市草津三丁目13番30号 連絡先 077-△△△-△△△△			
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	

4 関 告	<input type="checkbox"/>	第1段階	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"/>	第2段階	税世帯非課税者であって、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以下です。(受給している年金に〇してください。以下同じ) 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 checked="" type="checkbox"/>	第3段階①	税世帯非課税者であって、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超え、120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	第3段階②	税世帯非課税者であって、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超えます。	
5 告	<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。 ※第2号被保険者(40歳から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。		
別 添	預貯金額	3,854,321 円	有価証券(評価概算額)	0 円 (現金・負債を含む) ※

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。

6 申請者氏名	草津 たび助	連絡先(自宅・勤務先)	077-△△△-△△△△
住所	草津市草津三丁目13番30号	本人との関係	子

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。

1 「個人番号欄」に被保険者本人の個人番号(マイナンバー)を記入してください。

※ 被保険者本人の確認ができる資料(※1)および個人番号が確認できる資料(※2)の写しを添付してください。

※1 本人の確認ができる資料(①の場合は1枚、②の場合は2枚、確認できる資料が必要)

→ ① 個人番号カード、運転免許証、旅券等(顔写真が確認できる証明書)

② 介護保険被保険者証、医療保険被保険者証、年金手帳、

市からの個人宛通知(今回同封の勧奨通知)等(顔写真が確認できない証明書)

※2 個人番号が確認できる資料 → 個人番号カード、個人番号通知カード等

2 「介護保険施設」に入所されている方は、現在、入所している施設の「所在地・名称等・入所年月日」を記入してください。(「ショートステイ」を利用している場合は、記入不要)

3 配偶者に関する事項

配偶者には、「世帯分離をしている配偶者」や「内縁関係であるもの」も含まれます。

・配偶者がいる場合は、「有」に をつけ、「配偶者の氏名、生年月日、個人番号(マイナンバー)、市町村民税の課税状況等」を記入してください。

※配偶者本人の個人番号が確認できる資料(※2)の写しを添付してください。

・配偶者がいない場合は、「無」に をつけてください。

【注意】本人が市町村民税非課税世帯に属している場合でも、配偶者が課税されている場合は、負担限度額の適用をうけることができません。

4 収入等に関する申告

・市町村民税の課税状況等について、あてはまる欄の にチェック をしてください。

・非課税年金(遺族年金・障害年金)収入がある場合は、対象の種類に をしてください。

5 預貯金等に関する申告

・預貯金等の資産状況を記入し、要件を満たした方は にチェック をしてください。

・本人および配偶者の預貯金、有価証券にかかる通帳等の記入と写しの提出が**必要**です。

⇒通帳の写しは①見開き1ページ目、②最終残高が確認できるページ の2枚です。

ただし、本人および配偶者(夫婦)以外の預貯金等の記入および写しの提出は**不要**です。

ただし、申請時点で生活保護受給者である方は、預貯金等の記入および写しの添付は**不要**です。

6 申請者が被保険者本人以外の場合に記載して下さい。詳しくは別紙2を御参照ください。