

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

山梨市長あて

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	ヤマナシ モモコ		被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
被保険者氏名	山梨 桃子		個人番号	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6
生年月日	明・大・昭 9 年 9 月 2 日		要介護度	要支援 () 要介護 (3)											
住 所	〒405-8501 山梨市小原西 8 4 3		電話	0553-22-1111											
施設利用状況	<input type="checkbox"/> 宿泊を伴う介護保険施設を利用する予定 (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 (特養、老健、介護医療院 (介護療養型病床) など) <input type="checkbox"/> ショートステイ 介護保険施設の名 所在		住民票の住所をご記入ください。 現在の利用状況について、記入ください。 ※施設入所、ショートステイを利用している場合は、施設名等も記入してください。												
配偶者について	配偶者の有無 (世帯分離・事実婚含む)	有 ・ 無	課税状況	課税 ・ 非課税											
	フリガナ	ヤマナシ フジオ	生年月日	明・大・昭 11 年 3 月 1 日											
	配偶者氏名	山梨 富士男	個人番号	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8
	住 所	〒404-8550 山梨市牧丘町窪平 3 5 0	電話	0553-35-3111											
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	被保険者と同じ場合は、「同上」でも可です。 現住所と異なる場合は、必ずご記入ください。													
収入について	【該 該当する項目にチェックを入れてください。】														
	<input type="checkbox"/>	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													
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。													
	<input checked="" type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、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。													
本人の非課税年金受給状況	【該当する項目の番号を○で囲んでください】 1. 遺族年金 (寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む) 2. 障害年金 3. 受給無し														
資産について	資産については下記に記入してください。														
	(1) 預貯金等 ① 該当する非課税年金の種類を○で囲んでください。 (2) 虚偽の申告 遺族年金も障害年金も受給していない場合は、3. 受給無しに○をしてください。 支給された														
	① 預貯金等及び現金	7,563,000 円	② 有価証券等 (評価概算額)										③ 負債	円	

※下記①～③各項目の合計を記載してください。

お持ちの通帳 (定期預金等含む) や有価証券等について、全て記入し、通帳等の写しを添付してください。

① 預貯金等及び現金

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人 (○で囲む)	残金 (円)
1	〇〇銀行	〇〇支店	12345	本人・配偶者	2,000,000
2	△△銀行	〇〇支店	12345	本人・配偶者	503,000
3	〇〇農協	〇〇支店	12345	本人・配偶者	2,949,000
4	ゆうちょ銀行	088	123456	本人・配偶者	280,000
5	ゆうちょ銀行 (定期)	088	123456	本人・配偶者	1,000,000
6	△△銀行 (定期)	〇〇支店	12345	本人・配偶者	680,000
7	お持ちの通帳、定期預金、定期預金証書等について、全て			本人・配偶者	
8				本人・配偶者	
9	現金等			本人	51,000
10				配偶者	100,000
合 計				①	7,563,000

(裏面に続く)

②有価証券等

番号	金融機関名	支店名	種別（株券や国債等）	口座名義人（○で囲む）	評価概算額（円）
1	お持ちの有価証券等について、全てご記入ください。			本人・配偶者	
2				本人・配偶者	
合 計					②

③負債

番号	貸主	名目	口座名義人（○で囲む）	残金（円）
1	資産の合計額から負債分を差し引く必要がある場合（資産①②の合計額が資産要件を上回る場合）のみご記入ください。		本人・配偶者	
2			本人・配偶者	
合 計				③

※負債については、添付資料を確認し、預貯金額から差し引きます。

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		電話 (自宅・勤務先)	
申請者住所	〒	本人との関係	

同意書

山梨市長殿

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、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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

本人の記入が難しい場合には、代筆可能です。
後見人が代筆する場合のみ、本人氏名の記入後に「後見人〇〇」と後見人の氏名をご記入ください。また、登記事項証明書の写しを添付してください。

市記入欄

個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード（身元確認も兼ねる） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票（番号付） <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他（ ）	
<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
所得状況等	第 段階 円
非課税年金 無・端末・照会（ ）	生保受給 有・無
本人 課税・非課税	配偶者 課税・非課税 （ ）人世帯 課税・非課税