

6

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843 電話 0553-22-1111															
施設利用状況	☐ 宿泊を伴う介護保険施設を利用する予定（ 年 月 日から） ☐ 未定 ☒ 施設入所 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	市町村民税 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	8	8	8	8	4	5	5	6	6	7	7	8	8
	住 所	山梨市牧丘町窪平350	被保険者と同じ場合は、「同上」でも可です。													
収入について	本年1月1日現在の住所	〒	現住所と異なる場合は、必ずご記入ください。													
	該当する項目にチェックを入れてください。															
	☐ ① 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 ☐ ②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。 ☒ 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。 ☐ 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120万円を超えます。															
	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、該当する非課税年金の種類を○で囲んでください。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。															
	①預貯金等 及び現金	7,563,000 円										②有価証券等 (評価概算額)	円	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	お持ちの通帳、定期預金、定期預金証書等について、 全てご記入ください。			本人・配偶者	680,000
7				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。		人・配偶者	
2			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	
申 請 者 住 所	〒	ご家族様等が代理申請をされる場合、ご記入下さい。	
		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			
☐ 個人番号カード（身元確認も兼ねる） ☐ 通知カード ☐ 住民票（番号付）			
☐ 住民基本台帳 ☐ 過去作成ファイル ☐ その他（ ）			
☐ 該当		☐ 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	