

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 那賀町長 殿 令和〇〇年〇〇月〇〇日
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	ナカ タロウ	個人番号	
被保険者氏名	那賀 太郎	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	(男) 女
住所	〒 771-5495 電話番号 62-1141 那賀町延野字王子原31-1		
保険施設の名称	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 電話番号		
入所(院)年月日(※)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(※)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。	
認定証送付先	〒 該当に〇 (住所地 (入所施設) ・ 申請者住所 ・ その他) ※申請者住所又はその他に〇があった場合のみ記載 氏名		

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。	
フリガナ	ナカ ハナコ	↑配偶者がいない場合は【無】に〇	
氏名	那賀 花子		
生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
住所	〒 771-5945 那賀町延野字王子原31-1 (同上可)		
課税状況	町民税	課税	・ (非課税)

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者／町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	町民税非課税世帯であって、年金収入額(非課税)年金含むと合計所得金額の合計額が					
	☐ 年額80.9万円以下、かつ、収入等に関する欄等については空					
	☐ 年額80.9万円越120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が一定額以下					
非課税年金受給状況	遺族年金	(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、障害子年金、遺児年金を含む)	有 ・ 無	障害年金	有 ・ 無	
	預貯金等に関する申告	預貯金額	〇〇〇,〇〇〇円	有価証券(評価概算額)	円	その他(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。

申請者氏名	那賀 次郎	電話番号(自宅・携帯)	090-1111-1111
申請者住所	〒 771-5295 那賀町和食郷字南川104-1		本人との関係

- 注意事項
- (1) 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。
 - (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 - (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
 - (4) 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。

<町確認欄>

申請入力	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	段階
決定入力	この欄は保健医療福祉課にて記入します。	
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		

交付印

預貯金等の申告欄

被保険者(本人)			預貯金額
預貯金	金融機関等		
	銀行	支店	円
	銀行	支店	円
	農協	支店	円
その他		格	円
			円
預貯金	銀行	支店	円
	農協	支店	円
	ゆうちょ銀行		円
	種類	価 格	円
その他			円
			円

添付書類(預金通帳等の写し)をもとに記入してください。

※預貯金等の額が確認できる書類(通帳の写し等)を忘れずに添付してください。

同意書

那賀町長 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。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。)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て、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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(本人)

住 所 那賀町延野字王子原31番地1

氏 名 那賀 太郎

(配偶者)

住 所 同上

氏 名 那賀 花子