

## 介護保険 負担限度額申請書

我孫子市長 あて

令和0年00月00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                     | アビコ タロウ  | 保険者番号  |                 | 1   | 2                 | 2                     | 2 | 2 | 6 |   |   |   |
| 被保険者氏名                   | 我孫子 太郎   | 被保険者番号   | 0               | 0   | 0                 | 0                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|                          |  | 個人番号   |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日                     | 昭和11年 1月 1日  | 性別   | 男               |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
| 住所                       | 〒270-1100<br>千葉県我孫子市0001-1-1<br>連絡先 04-0000-△△△△           |  |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒270-1100<br>千葉県我孫子市000000 特別養護老人ホーム▲▲<br>連絡先 04-△△△△-□□□□ |  |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
| 入所（院）年月日（※）              | 令和0年 00月 00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<br>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   | アビコ ハナコ  |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
|                          | 氏名   | 我孫子 花子   |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
|                          | 生年月日   | 昭和12年 1月 1日  | 個人番号            |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
|                          | 住所   | 同上<br>連絡先  |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
|                          | 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   |  |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
| 収入等に関する申告                | <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老齢福祉年金受給者   |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
|                          | <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【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。<br>(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)<br>※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"/>                                   | 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 80 万円を超え、120 万円以下です。   |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
|                          | <input type="checkbox"/>                                   | ⑤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。   |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添 | <input checked="" 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。<br>※第 2 号被保険者(40 歳以上 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。 |                 |     |                   |                       |   |   |   |   |   |   |
|                          | 預貯金額   | 1,234,567 円  | 有価証券<br>(評価概算額) | 0 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | ( 現金 ) ※<br>300,000 円 |   |   |   |   |   |   |

※内容を記入してください

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。

|       |                           |             |               |
|-------|---------------------------|-------------|---------------|
| 申請者氏名 | 我孫子 一郎                    | 連絡先（自宅・勤務先） | 090-△△△△-□□□□ |
| 申請者住所 | 〒270-11△△<br>我孫子市△△△1-1-1 | 本人との関係      | 長男            |

## 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、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合、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、余白に記入するか又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。

## 同意書

我孫子市長 あて

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、我孫子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。

令和 ○年 ○月 ○日

【本人】（被保険者）

住所 千葉県我孫子市○○○1-1-1

氏名 我孫子 太郎

【配偶者】（配偶者が有の場合）

住所 千葉県我孫子市○○○1-1-1

氏名 我孫子 花子

代筆者氏名 我孫子 一郎

印

本人との続柄（長男）

### 【参考 紙の通帳コピーの取り方】

本人および配偶者がお持ちの通帳すべてのコピーを提出してください。（別世帯の配偶者や内縁関係の方も含みます。）必要なページは以下の通りです。紙の通帳がないインターネットバンクの場合も、下記相当ページの写しを添付してください。

※コピーを取る前には必ず記帳をしてください

#### (1)通帳の表紙をめくったページ(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人がわかるページ)

・ゆうちょ銀行の場合は、表紙をめくった上のページ(記号、番号、口座名義人)と、下のページ(銀行使用欄)が写るようにコピーしてください。

〇〇銀行 総合口座通帳

我孫子 太郎 様  
店番 123

|          |         |
|----------|---------|
| 普通預金口座番号 | 1234567 |
| 定期預金口座番号 | 9876543 |
| 貯蓄預金口座番号 |         |

〇〇銀行 〇〇支店

#### (2)普通預金のページ

- ・直近2か月分のコピーを提出してください。
- ・最終ページの記載が3行以下の場合は、その前のページから提出をしてください。
- ・年金を受給している場合、最新の年金振込記録が写るようにコピーを取ってください。

##### 普通預金明細

| 年月日      | お支払い金額 | お預かり金額  | 残高        |
|----------|--------|---------|-----------|
| 05-04-27 | 5,000  | ガス      | 995,000   |
| 05-05-13 | 50,000 | ATM     | 945,000   |
| 05-05-27 | 15,000 | 電気      | 930,000   |
| 05-06-15 | 年金     | 150,000 | 1,080,000 |
| 05-06-28 | 3,000  | 水道      | 1,077,000 |

#### (3)定期預金・貯蓄預金等のページ

・総合口座などの通帳には、定期預金などのページがありますので、利用していない(残高がない)場合でも利用していない証明のため、該当ページのコピーを提出してください。

##### 定期預金(担保)明細

| お預かり年月日  | お預かり金額    | 利率   | 満期日      |
|----------|-----------|------|----------|
| 05-01-01 | 1,000,000 | 0.2% | 06-01-01 |