

記入例

【表】

介護保険負担限度額認定申請書

伊勢原市長あて
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。

本人に関する記入欄 <small>※伊勢原市から申請書を送付している方については、印字してあります。</small>	フリガナ	オオヤマ ジロウ	個人番号	
	被保険者氏名	大山 次郎	被保険者番号	123456
	生年月日	昭和20年 1月 1日	性別	男
	住所	〒259-1142 田中〇〇〇番地	連絡先	000-00-0000
	入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	<input type="checkbox"/> 同一世帯でない配偶者 <input type="checkbox"/> 婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)も「有」になります。		
	入所(院)年月日(※)	<small>(※)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。</small>		
配偶者に関する記入欄 <small>※配偶者「有」の方は記入してください。</small>	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	オオヤマ ハナヨ		
	氏名	大山 花代		
	生年月日	昭和20年 3月 1日	現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。	
	住所	〒259-1142 田中〇〇〇番地	連絡先	000-00-0000
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	<small>配偶者の課税状況について、どちらかに○をつけてください。</small>			
課税状況	住民税	課税	非課税	
本人の収入等に関する記入欄 <small>収入・預貯金等について、該当するものに「レ点」をつけてください。</small>	収入等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> ① 生活保護受給者／住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ② 住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。 <small>* 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、非課税年金(遺族年金・障害年金)を受給している場合、○をつけてください。</small>		
		<input type="checkbox"/> ③ 住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、200万円以下です。 <small>* 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。</small>		
		<input type="checkbox"/> ④ 住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。(受給している年金に○をして下さい) <small>* 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。</small>		
		<input type="checkbox"/> ⑤ 課税世帯 <small>合計所得金額は、長期譲渡及び短期譲渡所得にかかる特別控除額・公的年金等に係る雑所得を控除した金額となります。</small>		
本人・配偶者の預貯金等に関する記入欄 <small>※本人と配偶者の預貯金等の合計額を記入してください。</small>	預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> ① 預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。 <small>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①～④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。</small> <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳</small>		
	預貯金額	5,200,000円	有価証券(評価概算額)	円
申請者氏名(被保険者)		大山 次郎		連絡先(自宅・勤務先) 000-00-0000
申請者住所		〒259-1142 伊勢原市 田中〇〇〇番地		

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。
- 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。

同意書記入例

同意書

伊勢原市長 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、貴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 3 年 7 月 1 日
<本人>

住所：伊勢原市 田中〇〇〇番地

氏名：大山 次郎

<配偶者>

住所：伊勢原市 田中〇〇〇番地

氏名：大山 花代

被保険者の住所・氏名を記入してください。

配偶者の住所・氏名を記入してください。

通帳等の写しの例

大山 次郎(本人)の通帳の写し

通帳の表紙の裏面
(口座番号・名義等が記載されているページ)

大山 花代(妻)の通帳の写し

普通預金

おなまえ
オオヤマ ジロウ サマ

お届けの～ 次のとおりです。	金額	変更後金額	店番	口座番号
	円	円	999	1234567

株式会社 ○○銀行
口座店 ××支店

普通預金

おなまえ
オオヤマ ハナヨ サマ

お届けの～ 次のとおりです。	金額	変更後金額	店番	口座番号
	円	円	999	1234567

株式会社 ○○銀行
口座店 ××支店

最終の記帳ページ
(最終残高を含む2か月以内の
明細が印字されているもの)

行数	日付	お払戻金額	お預り金額	摘要	差引残高	備考
1	2.12.10			繰越	3,000,000	
2	2.12.15		200,000	年金	3,200,000	
3	3.2.15		200,000	年金	3,400,000	
4	3.4.15		200,000	年金	3,600,000	
5						

行数	日付	お払戻金額	お預り金額	摘要	差引残高	備考
1	2.12.10			繰越	1,000,000	
2	2.12.15		200,000	年金	1,200,000	
3	3.2.15		200,000	年金	1,400,000	
4	3.4.15		200,000	年金	1,600,000	
5						

※次郎(本人)の残高3,600,000円と花代(妻)の残高1,600,000円の合計5,200,000円を申請書の「預貯金額」欄に記入してください