

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

〇年 〇月 〇日

提出日を記入
次のとおり審査の結果、認定されれば提出月の1日にさかのぼって適用されます

フリガナ	キリュウ タロウ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	桐生 太郎	個人番号	123456789012
生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日	電話番号	0277-12-3456
住所	桐生市 〇〇町 〇〇番地		
入所(院)した介護保険施設(※)	(所在地) 桐生市 〇〇町 〇〇番地 (名称) 特別養護老人ホーム 〇〇		
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	ショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

被保険者番号：介護保険被保険者証などに記載されている10桁の番号
個人番号：マイナンバーの12桁の番号
未記入でも受付可能

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	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	
フリガナ	キリュウ ハナコ		
氏名	桐生 花子		
生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日	個人番号	012345678901
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者に同じ		
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 <input type="checkbox"/> 課税	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税	

本人と同居の場合は「被保険者に同じ」の口にチェックまたは塗るのみで可

本人の非課税年金受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (遺族年金※、障害年金) ・ <input type="checkbox"/> 無 ※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。	先の非課税年金「有」の場合は、受給している年金に〇してください。
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1000万円(夫婦は2000万円)以下
	<input type="checkbox"/> 世帯全員(別世帯の配偶者を含む)が市町村民税世帯非課税者であって、本人の年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下	650万円(夫婦は1650万円)以下
	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯全員(別世帯の配偶者を含む)が市町村民税世帯非課税者であって、本人の年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下	550万円(夫婦は1550万円)以下
	<input type="checkbox"/> 世帯全員(別世帯の配偶者を含む)が市町村民税世帯非課税者であって、本人の年金収入額(非課税年金を含む)とその他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える	450万円(夫婦は900万円)以下
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の総額(※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり) 預貯金金額は、本人と配偶者のすべての通帳の普通預金と定期預金を足して合わせた額を記入 また、資産がない場合は、0円と記入	
預貯金等に関する申告	預貯金額 (普通・定期等) 4,856,003円 有価証券 (評価税算額) 0円 その他 (現金・負債を含む) (現金)※ 105,068円 ※内容を記入してください	

預貯金金額は、本人と配偶者のすべての通帳の普通預金と定期預金を足して合わせた額を記入
また、資産がない場合は、0円と記入

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	桐生 一郎	電話番号(携帯・自宅・勤務先)	090-1234-5678
申請者住所	桐生市 〇〇町 〇〇番地	本人との関係	子
(被保険者の住所以外に送付を希望する場合のみ記載) 送付先住所は(<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の住所 / <input type="checkbox"/> 下記住所地) に郵送を希望します。		〒	宛名

申請者欄は、書類提出者(窓口に来る人または郵送する人)について記入
身分証明書を窓口を持参 または 郵送の場合写しを添付
申請書類に不足や確認事項等があった場合にはご連絡をさしあげることがあるため
申請者の電話番号は、携帯番号等平日の日中つながりやすい番号を記入

市使用権	<input type="checkbox"/> あり	付印
段階	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
境界層	<input type="checkbox"/> 境界層 <input type="checkbox"/> その他(給付制限中等)	

(裏面の注意事項もよく読み、同意書も必ず記入してください)

記載例

同意書

桐生市長 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、桐生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 **桐生市 ○○町 ○○番地**

氏名 **桐生 太郎**

<配偶者>

住所 **桐生市 ○○町 ○○番地**

氏名 **桐生 花子**

※本人以外が記入する場合は、代筆者の氏名・続柄を記入してください。

桐生 一郎 子

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保有している場合は、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。