

# 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

(甲請先)

鹿沼市長宛

令和 年 月 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	カヌマ タロウ	被保険者番号				1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	鹿沼 太郎	個人番号										
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○月 ○日	<b>住民票の住所をご記入ください。</b>										
住所	鹿沼市今宮町1688-1 連絡先											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	<b>入所中・入所予定の場合は申請日の状況をご記入ください。</b>											
入所(院)年月日(※)	年	月	<input type="checkbox"/> (※)介護保険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	<input checked="" type="radio"/> 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	カヌマ	ハナコ										
氏名	鹿沼 花子											
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○月 ○日											
住所	鹿沼市緑町1丁目3番地36											
世帯	<input type="radio"/> 世帯主 <input type="radio"/> 同居の親族 <input type="radio"/> 同居の親戚 <input type="radio"/> 同居の知人 <input type="radio"/> 同居のその他 <input type="radio"/> 単身世帯 <input type="radio"/> 同居の世帯 <input type="radio"/> 別居の世帯 <input type="radio"/> 同居の世帯 <input type="radio"/> 別居の世帯											
収入	<input type="radio"/> 課税 <input type="radio"/> 課税 <input checked="" type="radio"/> 非課税											

配偶者「有」の場合は記入してください(内縁含む)。同じ世帯・異なる世帯でもご記入ください。

非課税年金を含めた収入額で段階判定を行います。該当するものがあれば○をつけてください。

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 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。(受給している年金に○して下さい。以下同じ) ※ 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 checked="" 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。	

添付した通帳等の金額を合計し記入してください。該当がない場合は、「0」とご記入ください。

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は 1,600 万円(夫婦は 2,000 万円)、③の方は 650 万円(同 1,650 万円)、④の方は 550 万円(同 1,550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1,500 万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。					
	預貯金額	○, ○○○, ○○○円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	現金)※ ○○○, ○○○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	<b>申請書を書いた方のお名前等をご記入ください。</b>	連絡先(自宅・携帯・勤務先)
申請者住所		本人との関係

- ・配偶者がいる場合、預貯金等に関する申告の欄は、ご夫婦二人の合計額をご記入ください。
- ・通帳は、ご本人(被保険者)分と配偶者分の、①口座番号・口座名義人が分かるページと、②最終の残高(2ヶ月以内に記帳したもの)が分かるページ、③定期預金のページが必要です。
- ・有価証券は、ご本人(被保険者)分と配偶者分の、証券会社や銀行、信託の口座名義と残高の記載箇所が分かるものがが必要です。(ウェブサイトの写しも可)

## 同意書

鹿沼市長宛

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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同様。）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

同意書に署名した日

鹿沼市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意していることを銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所 鹿沼市今宮町1688-1

氏名 鹿沼 太郎

代筆者 鹿沼市文化橋町1982番地18

鹿沼 次郎

住所・氏名は、黒のボールペン(消えないもの)でご記入ください。

<配偶者>

住所 鹿沼市緑町1丁目3番地30

氏名 鹿沼 花子

配偶者がいる場合、その配偶者が別世帯・別住所でも、それぞれの署名をお願いします。

代筆の場合、内容を本人に確認し、本人の同意を得たうえで、余白に代筆者の住所及び氏名をご記入ください。

※本人の住所・氏名を署名してください。