

介護保険負担限度額認定申請書

記入例
年 月 日

(申請先) 石垣市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞)

介護保険被保険者証
上部記載の番号を記入。

申請書

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9						
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号							
生年月日	明・大・昭 13年 5月 10日	性別	男・女						
住所	〒 ●●●-●●●● 石垣市字石垣●●番地	連絡先	●●-●●●●						
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 老人福祉施設●●●園	連絡先							
入所(院)年月日(※)	昭・平 令 3年 8月 1日	(※)介護保健施設に							
配偶者の有無	有	あてはまる方に○	配偶者「無」の場合は、「配偶者に関する事項」欄は記入不要です。						
フリガナ	カイゴ ハナコ	配偶者氏名	介護 花子						
生年月日	明・大・昭 15年 4月 15日	個人番号							
住所	〒 ●●●-●●●● 石垣市字石垣●●番地	連絡先	●●-●●●●						
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合は)	〒								
課税	課税	非課税							
受給している年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金受給者/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。受給している年金に○してください。以下同じ。 <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small> <input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者で、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。受給している年金に○してください。以下同じ。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者で、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○してください。以下同じ。	<ul style="list-style-type: none"> 本人(配偶者がいる場合は夫婦両方)の通帳残高の合計金額を記入してください。 申請日より2ヶ月以内に記帳された通帳の残高を記入して下さい。 通帳が複数ある場合(定期預金も含む)には全ての合計金額です。 							
受給している全ての年金の保険者に○してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額(同1650万円)、④の方は550万円以下、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。※第2号被保険者(40歳以上)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。	<table border="1"> <tr> <td>預貯金額</td> <td>123,456円</td> <td>有価証券(評価概算額)</td> <td>0円</td> <td>その他(現金・負債を含む)</td> <td>(現金)※ 0円</td> </tr> </table>	預貯金額	123,456円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 0円
預貯金額	123,456円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 0円				

個人番号が不明な場合は、空欄で構いません。記入していただいた場合は、確認書類が必要です。

あてはまる方に○
配偶者「無」の場合は、「配偶者に関する事項」欄は記入不要です。

非課税年金を受給している場合に、該当するものに○をつけてください。

受給している全ての年金の保険者に○してください。
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

本人(配偶者がいる場合は夫婦両方)の通帳残高の合計金額を記入してください。
申請日より2ヶ月以内に記帳された通帳の残高を記入して下さい。
通帳が複数ある場合(定期預金も含む)には全ての合計金額です。

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	福祉 優子	連絡先(自宅・勤務先)	●●●-●●●●-●●●●
申請者住所	石垣市美崎町●●番地	本人との関係	長女

連絡先は昼間連絡のつく電話番号を記入してください。

裏面の「同意書」も忘れずにご記入ください。

介護保険法第22条第1項の規定に

(裏面)

同意書

石垣市長 中山 義隆 様

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 ●年 ●月 ●●日

<本人>

被保険者本人の住所、氏名を記入してください。

住所 **石垣市字石垣●●番地**

氏名 **介護 太郎**

<配偶者>

配偶者がいる場合(夫・妻。別世帯の者や内縁関係も含む)は、配偶者の住所、氏名を記入してください。

住所 **石垣市字石垣●●番地**

氏名 **介護 花子**

【石垣市記入欄】

マイナンバー 記入	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
本人の番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等
配偶者の番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等
申請者の身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証等 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証等
		※官公署等から発行された書類で、顔写真あり。
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳等
	<input type="checkbox"/> 任意代理人	<input type="checkbox"/> 被保険者証等
	<input type="checkbox"/> その他 ()	※官公署から発行された書類で、氏名及び生年月日または住所の記載あり。
		※官公署等から本人に対して1通のみ発行された証明書等。

チェックリスト

記入漏れはありませんか？

預貯金等は記入されていますか？

必要書類の添付漏れはありませんか？