

# 記入例

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

記入もれ、書類不足があった場合は  
受付できませんのでご注意ください

播磨町長 様  
次のとおり関係書類を添

ます。

フリガナ	ハリマ ハナコ		被保険者番号	0000012345
被保険者氏名	播磨 花子		個人番号	
			性別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 17年 2月 25日			
住所 (住民登録して いるところ)	播磨町東本荘1丁目5番30号			電話 000-123-4567
	特別養護老人ホーム 0000			
入所している 介護保険施設(※)	名称	特別養護老人ホーム 0000		
	所在地	播磨町東本荘1丁目5番30号 電話 000-987-6543		
入所年月日(※)	平・令 2年 4月 20日	※ 入所していない場合またはショートステイの場合は、記入不要です		

配偶者の有無	有(別世帯及び内縁者含) ・ 無		※「無」の場合は以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。	
配偶者 に 関 する 事 項	フリガナ	ハリマ タロウ		
	氏名	播磨 太郎 電話 000-123-4567		
	生年月日	明・大・昭 15年 10月 13日	個人番号	
	住所	被保険者の住所と違う場合に記入してください。		
	本年1月1日 現在の住所	上記住所と違う場合に記載してください。		
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

本人の収入等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者または市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者です。	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">                 受給している全ての年金の保険者に ○印をして下さい                  日本年金機構                  地方公務員共済                  国家公務員共済                  私学共済             </div>
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金収入額(※)の合計が80万円以下です。 ※非課税年金には、遺族基礎(厚生)年金、障害基礎(厚生)年金、遺族(障害)共済年金等が含まれます。(非課税の恩給は対象外。) 以下同じ。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯で本人の合計所得金額、課税年金収入額及び非課税年金収入額の合計が120万円を超えます。	
預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金等の合計金額が650万円超1,000万円以下(夫婦で1,650万円超2,000万円以下)です。	
	<input type="checkbox"/>	預貯金等の合計金額が550万円超650万円以下(夫婦で1,550万円超1,650万円以下)です。	
	<input type="checkbox"/>	預貯金等の合計金額が500万円超550万円以下(夫婦で1,500万円超1,550万円以下)です。	
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金等の合計金額が500万円以下(夫婦で1,500万円以下)です。	

※ 預貯金等の金額の明細は裏面に記入してください。

申請者氏名	播磨 太郎	電話	000-123-4567
申請者住所	播磨町東本荘1丁目5番30号	本人との関係	夫

※ 申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です。

裏面につづく

裏面も必ず記入してください。

預貯金に関する申告明細

		① 本人	② 配偶者
(金融機関名) 預貯金	〇〇銀行	2,500,150 円	1,000,050 円
	〇〇信用金庫	500,350 円	円
	〇〇信用金庫(定期預金)	1,000,000 円	円
	〇〇農協	円	1,700,051 円
証券等 有価	〇〇〇株		1,500,000 円
	国債		1,000,000 円
負債等 現金・	現金	50,000 円	70,214 円
		円	円
合計		4,050,500 円	5,270,315 円

注意事項を必ず熟読の上、  
記載内容をご確認ください。

注意事項

- 1 預貯金、有価証券等については、同じ種類のを複数所有している場合は、そのすべてを記入し、すべての通帳等の写し(金融機関名・口座番号・名義が分かるページ及び金額面の最新ページ)を添付してください。
- 2 預貯金の通帳は、最新の記帳を行ってください。
- 3 預貯金等について裏面に書ききれない場合は、別紙(様式任意)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、支給された額及びその額の最大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

播磨町長 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、年金保険者または銀行、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、貴町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かまいません。

令和3年6月30日

提出日を記入してください。

<本人>

住所 播磨町東本荘1丁目5番30号

氏名 播磨花子

<配偶者>

住所 播磨町東本荘1丁目5番30号

氏名 播磨太郎

町記入欄

受付日	年 月 日	利用者負担段階	収入等情報	備考
受付者		<input type="checkbox"/> 第1段階	課税年金収入額 _____ 円	
適用年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2段階	合計所得金額 _____ 円	
有効期限	年7月31日	<input type="checkbox"/> 第3段階①	非課税年金収入額 _____ 円	
交付年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 第3段階②	生活保護/老齢福祉年金 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<input type="checkbox"/> 非該当	預貯金等 <input type="checkbox"/> 基準内 <input type="checkbox"/> 基準超え	