

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	タキカワ タロウ	保 険 者 番 号	0 1 2 2 5 2
被保険者氏名	滝川 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生 年 月 日	昭和〇〇年△△月□□日	性 別	(男) ・ 女
住 所	〒 滝川市〇町〇丁目〇番〇号 電話番号××-××××		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 滝川市△町△丁目△番△号 特別養護老人ホーム △△△ 電話番号××-××××		
入 所 (院) 年月日(※)	〇〇年△△月□□日		
滝川市長 様 上記のとおり食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定の申請をします。 〇〇年△△月□□日 住所 滝川市〇町〇丁目〇番〇号 申請者 氏名 滝川 太郎 電話番号××-×××× (本人との関係 本人)			

※ 介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

市記入欄

交付年月日	利用者負担段階	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 非該当
年 月 日	備 考	
適用年月日	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者で市町村民税非課税世帯又は被保護者に該当 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額及び合計所得金額並びに遺族年金・障害年金の収入額の合計額が年額80万円以下の者に該当 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、上記以外に該当 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 非該当 ()	
年 月 日から		
有効期限		
年 月 日まで	差額支給申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 受付印
証 交 付		認 定 処 理
<input type="checkbox"/> 窓口 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 施 設 <input type="checkbox"/> その他 (送付日 . . .) (送付先 . . .)		<input type="checkbox"/> 公簿確認 <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証
		扱

<裏面記入>

(裏面)

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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。
配偶者に関する事項	フリガナ	タキカワ ハナコ
	氏名	滝川 花子
	生年月日	昭和〇〇年△△月□□日
	住所	滝川市口町口丁目口番口号 電話番号 ××-××××
	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 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税

配偶者の有無のいずれかに○をし、「有」の場合は配偶者情報を記入してください。

被保険者の方の収入状況について、あてはまるものに✓を入れてください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額及び合計所得金額並びに【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金を○で囲んでください) ※ 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 type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額及び合計所得金額並びに【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金を○で囲んでください)	
	<input type="checkbox"/>	その他（	
	<input type="checkbox"/>		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計額 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しを添付してください。	
		預貯金額 円	有価証券 (評価概算額) 円

遺族年金・障害年金を受給している場合は、当該年金を○で囲ってください。

※内容を記入してください。

預貯金等の額について、必ず記入してください。(ご夫婦の場合は合計額を記入してください。)

①口座名義人、金融機関名、支店名、口座番号が分かるページ(通帳を開いた最初のページ)と預金が記載されているページを添付してください。

※申請日から2か月以内の記帳がなければなりません。

※直近の記帳内容2か月分のページの写しを添付してください。

※口座を複数お持ちの場合は、すべての通帳について、写しの提出をお願いします。

※配偶者がいる場合は、本人と配偶者の通帳それぞれの写しをご提出ください。

☆やむを得ない事情により上記によるのが難しい場合は、介護保険係にご相談ください。

②定期預金がある場合は、そのページ(または定期預金証書)も添付してください。

同意書

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に私及び配偶者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、照会することに同意します。

〇〇年△△月□□日

本人が署名のうえ、押印してください。
署名ができない場合は、代筆である旨記入し、
代筆者の氏名、続柄を追記してください。

<本人>

住所 滝川市〇町〇丁目〇番〇号

氏名 滝川 太郎

滝川 印

代筆者 滝川 花子 妻

<配偶者>

住所 滝川市〇町〇丁目〇番〇号

氏名 滝川 花子

滝川 印

本人と配偶者の印は同一
でも可。
認印を押してください。
(スタンプ印は不可)