

記入例

介護保険 負担限度額

マイナンバーを記載してください  
 マイナンバー記載にあたっては下記の添付書類が必要です  
 ①被保険者のマイナンバーカード等  
 ②委任状  
 ③申請書提出者のマイナンバーカード等の顔写真付き身分証明書

被保険者氏名	ナルト タロウ 鳴門 太郎	保険 被保 個人番号	12桁の数字
生年月日	昭和 1 年 1 月 1 日生		
住所	〒 鳴門市撫養町〇△□ 電話番号		
介護保険施設の所在地及び名称	〒 鳴門市撫養町〇〇〇 〇〇荘 電話番号 088-684-0000		
入所年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	短期入所サービス (ショートステイ)の利用	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
負担限度申請事由	1 生活保護受給者/市民税非課税である老齢福祉年金受給者 2 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額及び、非課税年金収入金額の合計額が年額82.65万円以下 3 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額及び、非課税年金収入金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下 4 市町村民税世帯非課税者であって、2・3に該当しない		

鳴門市 市長 様  
 上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定を申請します。

令和〇 年 □月 △日

住所 鳴門市撫養町〇△□  
 申請者 氏名 鳴門 太郎  
 電話番号

申請書を提出する者

氏名または名称 : 鳴門 渦雄

住所または所在地 〒

家族 (本人との続柄 長男 )

介護保険施設

その他(居宅介護支援事業所)

申請書提出者と連絡がとれる連絡先をご記入ください  
 電話番号 ( ) -

※介護保険負担限度額認定を申請される方は本申請書と添付様式 1、2 及び預貯金通帳等の写しを必ず添付してください。

市(町村)記入欄			
受付時 添付書類確認欄	<input type="checkbox"/> 添付様式 1 <input type="checkbox"/> 添付様式 2 <input type="checkbox"/> 預貯金通帳等の写し		
課税・非課税の状況	本人	課税・非課税	
	世帯員	課税・非課税	
合計所得金額等	円		
利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		

受付
入力日
証(通知書) 送付先

記入例

本人及び配偶者の預(貯)金等に関する申告書

フリガナ	ナルト タロウ	被 保 険 者 番 号									
被保険者名	鳴門 太郎	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6

預貯金、有価証券等の金額の合計が①のうち、老齢福祉年金受給者は1000万円(夫婦は2000万円)、②は650万円(同1650万円)、③-1は550万円(同1550万円)、③-2は500万円(同1500万円)以下。\*第2号被保険者の場合、①~③-2の場合は1000万(夫婦は2000万円以下)

被保険者		※預貯金、有価証券等にかかる通帳等										
被保険者本人の預(貯)金等に関する申告	現金	100,000円										
	預(貯)金	金融機関等										
		<input checked="" type="checkbox"/> 有	銀行	支店	555,550円							
			銀行	支店	200,000円							
		<input type="checkbox"/> 無	ゆうちょ銀行									
			〇〇農協〇〇支所									
	〇〇信用金庫〇〇支店											
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類										
		国債										
価 額												
100,000円												
円												
合 計												
1,179,006円												

保有する全ての口座を記入してください(欄が足りない場合は別の紙に書いていただいても結構です)

定額預金の金額も含めてご記入ください

該当する項目に○をつけてください

被保険者の収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者	老齢福祉年金受給者
	<input checked="" type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円以下(受給している年金に○してください) <small>※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。</small>	
	<input type="checkbox"/>	③-1市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下。(受給している年金に○してください)	
	<input type="checkbox"/>	③-2市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○してください)	

受給している全ての年金の保険者に✓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

配偶者の有無 有 ・ 無 左記において「無」の場合は、以下記載不要です。

配偶者に関する事項	フリガナ	ナルト ハナコ	生年月日	昭和2年2月2日
	配偶者氏名	鳴門 花子	市民税課税状況	課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税
	被保険者と別居している場合の住所	〒 配偶者と同居している場合は記入する必要はありません		

配 偶 者 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しを別添のとおり添付

配偶者の預(貯)金等に関する申告	現金	50,000円										
	預(貯)金	金融機関等										
		<input checked="" type="checkbox"/> 有	銀行	支店	100,000円							
			銀行	支店	円							
		<input type="checkbox"/> 無	ゆうちょ銀行									
			円									
	円											
その他	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類										
		負債										
価 額												
- 100,000円												
円												
合 計												
284,567円												

負債等がある場合は、その他の欄等をご利用ください

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含みます。
- 預貯金等について、複数の口座をお持ちであればそのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定者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。

## 記入例

## 同意書

## ※注意事項

- ・同意書の記入については、二重線での訂正等は不可となっておりますのでご注意ください。
- ・パソコン等での入力は不可です。必ず手書きでの記入をお願いします。

鳴門市長 殿

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

申請書の申請日と同日もしくは、申請日より前の日をご記入ください

〈本人〉

住所 鳴門市撫養町○△□

氏名 鳴門 太郎

被保険者の住民票上の住所及び氏名をご記入ください  
(自筆で記入が困難な場合は代筆も可能です)

代筆した場合のみ、代筆者の氏名等をご記入ください

(代筆者氏名 鳴門 渦雄

本人との関係 長男 )

〈配偶者〉

住所 鳴門市撫養町○△□

氏名 鳴門 花子

配偶者の住民票上の住所及び氏名をご記入ください  
(自筆で記入が困難な場合は代筆も可能です)

(代筆者氏名 鳴門 渦雄

本人との関係 長男 )