

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

八幡浜市長 様

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。

年度を記入してください。

10桁の被保険者番号を記入してください

令和 6 年度

フリガナ	ハチマン 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	八幡 太郎	個人番号	
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	生年月日	〇〇年△△月□□日
住所	〒796 - △△△△ (電話番号) 0894 - ×× - ××××		
施設の種類等	<input checked="" type="radio"/> 1 介護老人福祉施設		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	(所在地) (名称) 特別養護老人ホーム 〇〇〇		
入所(院)年月日(※1)	年 月 日	(※1) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び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、記入不要です。	
配偶者フリガナ	ハチマン ハナコ	個人番号	
配偶者氏名	八幡 花子	生年月日	〇〇年△△月□□日
配偶者住所	〒796 - △△△△ (電話番号) 0894 - ×× - ××××		
市町村民税賦課期日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 -	本年1月1日(申請が1月から7月までの場合は前年1月1日)時点の住所を記入してください。	
課税状況	市町村民税	課税	<input checked="" type="radio"/> 非課税
収入等に関する申告	非課税年金受給 <input type="radio"/> 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	左記において「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに○をしてください。	
	年金の種類	遺族年金・障害年金	年金保険者
預貯金等に関する申告	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 100,000円

個人番号(マイナンバー)は記入無しでも受付いたします。記入した場合は、個人番号カードを確認させていただきます。

番号に○を付けてください

入所(院)している施設について記入してください。(予定の場合は、その予定先施設について記入してください。)

配偶者(内縁関係を含む)が「有」の場合、その配偶者に関する事項を記入してください。世帯分離をしている場合でも記入は必要です。

非課税年金について、分ける範囲で記入してください。

配偶者が「有」の場合、配偶者との合計金額を記入してください。

本人以外が申請書を提出する場合、提出する方の氏名等を記入してください。なお、提出者には提出書類の内容について確認をさせていただきます。

※ 提出者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

提出者氏名(事業所等が提出する場合は、事業所等名及び担当者名)	八幡 浜太郎	電話番号	0894 - ×× - ××××
提出者住所(事業所等が提出する場合は、事業所等所在地)	八幡浜市〇〇番地	本人との関係	長男

※ 認定結果の送付先について、次のいずれかにを記入してください。

- 申請者(被保険者)の住所地(送付先を設定されている方はその設定先住所)へ郵送してください。
- 次の居宅事業所へ郵送してください。⇒ ()
- 入所している施設へ郵送してください。
- 提出者(親族等)の住所へ郵送してください。

令和 6 年 7 月 1 日

被保険者署名

八幡 太郎

代筆者署名

八幡 浜太郎

(続柄)

長男

注意事項

- (1) 個人番号を記入された場合は、マイナンバーカード、通知カードまたはいずれかの写しで番号の確認をさせていただきます。また、被保険者以外の方が提出される場合は提出者の身元を確認させていただきます。
- (2) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係を含む場合があります。
- (3) 世帯に、本年1月2日(申請が1月から7月までの場合は前年の1月1日)時点に入居した方がいましたら、その方に関する転入前の市町村の年金収入額、合計所得金額と課税状況の記載の書類を添付してください。
- (4) 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金等があります。
- (5) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、すべてを記載してください。
- (6) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上提出してください。
- (7) 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、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きます。

本人が署名してください。本人が署名できない場合は、親族又は法定代理人の方が代筆してください。(施設職員やケアマネージャー等による代筆は認められません。)

認定結果の送付先について、希望される送付先にチェックをお願いします。

記入例

同 意 書

八幡浜市長 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。

実際に署名を行った日を記入してください。

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 6 年 1 月 1 日

< 被 保 険 者 >

住 所 **八幡浜市〇〇番地**

氏 名 **八幡 太郎**

本人が署名してください。本人が署名できない場合は、親族又は法定代理人の方が代筆してください。（施設職員やケアマネージャー等による代筆は認めておりません。）

< 配 偶 者 >

住 所 **八幡浜市〇〇番地**

氏 名 **八幡 花子**

配偶者が「有」の場合、配偶者の署名も必要です。

< 代 筆 し た 場 合 >

住 所 **八幡浜市〇〇番地**

氏 名 **八幡 浜太郎**

代筆した場合は、代筆者の署名が必要です。