

# 〔記入例〕 介護保険 負担限度額認定申請書

次のとおり関係書類を添えて、食費および居住費に係る負担限度額の認定を申請します。

被保険者氏名		被保険者番号		0   0   0   1   2   3   4   5   6   7								
フリガナ フナバシ タロウ		個人番号		不明の場合は記載不要								
船橋 太郎		生年月日		明治・大正・昭和 〇〇年 〇月 〇〇日生								
被保険者住所		船橋市湊町〇-〇〇-〇〇		介護保険施設へ入所している場合は、記入してください。病院に入院中の場合やショートステイを利用している場合は記入不要です。								
入所中又は入院中の介護保険施設の所在地及び名称		所在地		名称		入所日又は入院日		昭和・平成・令和 年 月 日				
配偶者の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無		※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。 ※ この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。								
配偶者に関する事項	フリガナ	フナバシ ハナコ		生年月日		明治・大正・昭和 〇〇年 〇月 〇〇日生						
	氏名	船橋 花子		個人番号		不明の場合は記載不要						
	住所	千葉県松戸市松戸〇〇-〇〇〇		有料老人ホーム		〇〇苑 電話番号 047 (〇〇〇) ××××						
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			被保険者本人が令和3年1月1日~12月31日中に非課税年金を受給している場合は、該当する年金の種類にチェックしてください。								
	市町村民税 課税状況	課税 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 非課税										
※該当する収入等に関する項目にチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税 世帯非課税者		非課税年金の受給 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 ※下記年金収入額に含まれます		<input type="checkbox"/> 生活保護の受給 ※生活保護受給の方は以下の項目は記載不要							
	年金収入額 + 合計所得金額		65歳以上の方			65歳未満の方						
	<input checked="" type="checkbox"/> 年額80万円以下		かつ、預貯金等の合計金額が650万円以下 (配偶者と合わせて1,650万円以下)			かつ、預貯金等の合計金額が〇〇〇万円以下 (配偶者と合わせて2,000万円以下)						
預貯金等に関する申告	預貯金等の金額を記入してください											
	預貯金額		本人		3,805,500 円			配偶者			5,621,124 円	
	有価証券(評価概算額)		本人		0 円			配偶者			0 円	
	その他(現金・負債を含む)		本人		1,000,000 円			配偶者			2,000,000 円	
申請者氏名		申請者が被保険者本人の場合には、下記										
申請者住所		「預貯金等に関する申告」は資産が確認できる添付書類に記載のある金額の合計を記入してください。 添付書類は、通帳等の原本か、コピーをお持ちください。 (無しの場合は、0円と記入)										

※ 裏面にも記入欄がございますので、ご注意ください。

# 同意書

船橋市長 あて

介護保険負担限度額の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、市長の報告要求に対し、  
が同意している旨を銀行等に

代筆でも差し支えありませんが、  
「本人」および「配偶者」の住所・氏名をご記入ください。

令和〇年 〇月 〇〇日

< 本人 >

住所 船橋市湊町〇-〇〇-〇〇

氏名 船橋 太郎

< 配偶者 >

住所 千葉県松戸市松戸〇〇-〇〇〇 有料老人ホーム□□苑

氏名 船橋 花子

申請事由 (該当する項目に〇を付けてください。)

介護保険法施行規則第83条の5第1号	<input type="radio"/>
介護保険法施行規則第83条の5第2号 (境界層)	
介護保険法施行規則第83条の5第3号 (生活保護受給)	
介護保険法施行規則第83条の5第4号 (特例減額措置)	

※ 該当する項目に〇をしてください。  
( 「介護保険法施行規則第83条の5第1号」・・・下記以外の方  
( 「介護保険法施行規則第83条の5第2号」・・・「境界層証明書」をお持ちの方  
( 「介護保険法施行規則第83条の5第3号」・・・生活保護を受給している方  
( 「介護保険法施行規則第83条の5第4号」・・・特例減額措置の申請を希望される方※

※「特例減額措置」とは、市民税課税世帯のため本来は負担限度額認定の対象外となるが、一定の要件を満たすことで特例的に負担軽減を受けられる措置のことです。(詳しくは介護保険課までお問い合わせください。)

市記入欄	受付者	添付書類の数	本人	配偶者	
	同日処理	送付先	市民税申告	世帯分離	転入継続
該当する場合チェック					