

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

〇年 〇月 〇日

(申請先)

台東区長 殿

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。

マイナンバー（個人番号）12桁の数字を記入してください。

介護保険被保険者証にある10桁の数字を記入してください。

フリガナ	タイドウ タロウ		被保険者番号	
被保険者氏名	台東 太郎		個人番号	
生年月日	明・大 昭 11年 11月 11日	性別	男	女
住所	台東区 東上野 4-5-6		連絡先	03-5246-1249
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	記入は不要です			
入所(院)年月日(※)	年 月 日 記入は不要です。			

いずれかを○で囲んでください。

配偶者の有無	有	無
フリガナ	タイドウ ハナコ	
氏名	台東 花子	
生年月日	明・大 昭・平 12年 12月 12日	個人番号
住所	台東区 東上野 4-5-6	
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	台東区 東上野 7-8-9	
課税状況	住民税	課税 非課税

配偶者様のマイナンバー（個人番号）12桁の数字を記入してください。

いずれかを○で囲んでください。

該当する所にしてください。	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者	②住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	③住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 ※ 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。以下同様。	
該当の場合はしてください。	<input checked="" type="checkbox"/>	④住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	⑤住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超え、200万円以下です。	
※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計額が年額120万円を超え、200万円以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。	
預貯金額	123,456円	有価証券(評価概算額)	1,000,000円
その他(現金・負債を含む)		(タンス預金)※ 100,000円 ※内容を記入して下さい	

被保険者本人が非課税年金を受給している場合は、該当する年金を○で囲んでください。

預貯金・有価証券以外に、資産性のあるもの、換金性が高いもので、かつ価格評価の容易なもの等がある場合はご記入ください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	台東 花子	連絡先(自宅・勤務先)	03-5246-1249
申請者住所	台東区 東上野 4-5-6	本人との関係	妻

注意事項

- この申請書における「配偶者」とは、世帯分離をしていない配偶者又は同居関係の者を指します。
- 預貯金等については、同じ種類のものを複数記入してください。
- 書き切れない場合は、余白に「続きます」と記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定給付金を受け取った場合は、不正に受け取った金額及び最大2倍の加算金を返還する必要があります。
- 収入等に関する申告又は預貯金等に関する申告は、申請書の提出日から1年以内に行ってください。

※ボールペンでご記入ください。（消せるボールペンは不可です。）
なお、忘れずに別紙の同意書にもご記入ください。

同 意 書

台東区長 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、貴区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。

〇〇〇〇年 月 日

<本人>

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 太郎

<配偶者>

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 花子