

記入例

(様式第12号)

介護保険 負担限度額認定申請書

提出される年月日
を記入

年 月 日

(申請先)

能代市長 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。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日		
住所		連絡先	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)		連絡先	
入所(院)年月日(※)	年 月 日	(※)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。	

記入

配偶者の有無	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、記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
	住所		連絡先
	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	非課税

どちらかに○
をしてください

配偶者がいない場合は
記載不要

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者、市町村民税世帯非課税である者、年齢福祉年金受給者第1段階	本人の非課税年金受給状況 <input type="checkbox"/> 遺族年金等 <input type="checkbox"/> 繰上年金 <input type="checkbox"/> 支給していない ※遺族年金、年金受給者、年金受給者、遺族年金、繰上年金、繰上年金				
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下の方 第2段階	支給している年金の種類 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公営企業等 <input type="checkbox"/> 国営公営企業等 <input type="checkbox"/> その他				
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下の方 第3段階①					
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計額が次に示す金額以下です。					
	<input type="checkbox"/> 第1段階 1,000万円(夫婦は2,000万円) 第2段階 650万円(夫婦は1,650万円) 第3段階① 650万円(夫婦は1,550万円) 第3段階② 500万円(夫婦は1,500万円)					
	預貯金額	円	有価証券(評価換算額)	円	その他(現金・負債を含む)	円

記入不要

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		連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所		本人との関係

通帳のコピー
を添付してく
ださい ※

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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添付してください。
- 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。

※ 通帳のコピーは ① 通帳の1~2ページか表面

(金融機関名、名義、口座番号等が記載されている部分)

② 最終の残高がわかる部分と概ね2ヶ月前までの履歴

③ 配偶者がいる場合は配偶者分の通帳のコピーもお願いいたします。

同意書

能代市長 様

介護保険負担限度額設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、能代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。

提出される年月日を記入

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

配偶者がいない場合は、記入不要

<配偶者>

住所

氏名

代筆した場合は、代筆者の住所、氏名を記入願います。

<代筆者>

住所 能代市〇〇〇〇町1-1

氏名 〇〇 〇〇