

記入例

(様式第12号)

介護保険 負担限度額認定申請書

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。

提出される年月日を記入

押印

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
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

通帳のコピーを添付してください ※

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老齢福祉年金受給者	
	<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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○をして下さい） ※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。	受給している全ての年金の保険者に○して下さい
	<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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。（受給している年金に○をして下さい）	日本年機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
		預貯金額 円 有価証券（評価概算額） 円 その他（現金・負債を含む） ※ 円	

記入

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

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、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（概ね2ヶ月以内の日付）
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

年 月 日

<本人>
住所
氏名

印

押印

<配偶者>
住所
氏名

印

配偶者がいない場合は、記入不要

<代筆者>

住所 能代市〇〇〇〇町1-1
氏名 〇〇 〇〇

代筆した場合は、代筆者の住所、氏名を記入願います。