

記入例

太枠内をご記入ください

日置市長 様

介護保険負担限度額認定申請書

提出する日を記入してください。

令和6年7月15日

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	ヒオキ タロウ	押印不要	被保険者番号	2 1 6 0 1 2 3 4 5 6
被保険者氏名	日置 太郎	介護保険の被保険者番号(10ケタ)を記入してください。 ※医療保険の被保険者番号(8ケタ)ではありません。		
生年月日	明・大・ 昭8 年8月			
住所	〒899-2500 日置市伊集院町1111番地	連絡先(電話)	〇〇〇-〇〇〇〇	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒899-2200 日置市東市来町2222番地 特別養護老人ホーム〇〇〇〇	連絡先(電話)	〇〇〇-〇〇〇〇	
入所(院)年月日(※)	令和6年7月10日	入所予定・入所中の施設がある場合は、必ずご記入ください。なお、有料老人ホーム・グループホーム等は本制度の対象外施設です。		

配偶者の有無	有 ・ 無	左記については記入不要です。
フリガナ	ヒオキ ハナコ	非課税に○を付けた場合で、申請日が7月31日までの場合は前年の1月1日時点、申請日が8月1日以降の場合は本年の1月1日時点において日置市に住所がない時は、住所地の市町村が発行する非課税証明書を添付してください。
氏名	日置 花子	
生年月日	明・大・ 昭10 年10月	
住所	〒日置市伊集院町1111番地	
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	

収入・預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	非課税年金を受給している場合は、受給している年金の種類に○を付けてください。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯全員が市町村民税非課税	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〇〇〇,〇〇〇以下	650万円(1650万円)以下	以下	
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額収入額の合計額	本人または夫婦の合計額を記入してください。(定期預金等を含みます。)	以下	
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額収入額の合計額	本人名義(配偶者ありの場合は、配偶者分も含む)のすべての通帳の写しの提出が必要です。	以下	
預貯金額	1,234,567円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	【(内容)現金】123,456円

申請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。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先・携帯電話)
申請者住所	本人との関係

受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。

日本年金機構
地方公務員共済
国公立公務員共済
学共済

注 1 この申請書は、被保険者本人に代わって申請を行う場合は、記入をお願いします。

- この申請書は、被保険者本人に代わって申請を行う場合は、記入をお願いします。
- 65歳未満(第2号被保険者)の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下です。
- 預貯金等の写しを提出してください。
- 書き切れなかった場合は、別紙に記入してください。
- 虚偽の申請は、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。

裏面も忘れずにご記入ください

受給している年金の保険者に○を付けてください。

同意書

日置市長 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、銀行、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者（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、日置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

提出する日を記入してください。

令和 6 年 7 月 15 日

〈本人〉

住所 日置市伊集院町1111番地

氏名 日置 太郎

・被保険者本人および配偶者(夫・妻。別世帯の者や内縁関係も含む)の住所、氏名を記入してください。
・押印不要

〈配偶者〉

住所 日置市伊集院町1111番地

氏名 日置 花子

ここから下は記入不要です。

市記入欄

利用者負担段階	非該当根拠	備考	交付年月日			
<input type="checkbox"/> 第 1 段 階	<input type="checkbox"/> 課 税 世 帯 <input type="checkbox"/> 本 人 <input type="checkbox"/> 配 偶 者 <input type="checkbox"/> 家 族 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過		令和 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 第 2 段 階			適 用 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 第 3 段 階			令 和 年 月 日 から			
<input type="checkbox"/> 非 該 当			有 効 期 限			
決裁	課長	課長補佐	係長	係	担当	受付