

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 千葉市

区長

介護保険被保険者証に記載された番号をご記入ください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費・衣類・被褥費・介護用品費・介護サービス費の負担限度額認定を申請します。

被保険者氏名を代筆した場合は押印してください。

提出する日付をご記入ください。

被保険者	氏名	チバ タロウ 千葉 太郎		(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。	
	生年月日	明・大(昭)〇〇年〇〇月〇〇日	性別	(男)・女	
	住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇			
	連絡先	電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	電子メールアドレス 〇〇〇〇〇 @ 〇〇〇〇〇		
施設関係	入所(院)施設所在地・名称・電話番号	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 電話番号 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 特別養護老人ホーム〇〇〇園		※入所(院)して	
	入所(院)日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		不要です。	

入所(院)中の施設所在地と名称、電話番号、入所(院)日をご記入ください。

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	チバ ハナコ
	氏名	千葉 花子
	配偶者の氏名をご記入ください。	大(昭)平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	※同居の場合は記入不要	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇
	連絡先	電話番号 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)

被保険者が施設等に入所しており、住民登録地が別世帯の場合にご記入ください。

前年度1月1日の住民登録地が現住所と異なる場合に限りご記入ください。

- ・配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦合計額をご記入ください。
- ・預貯金額を記入し、通帳の写しを添付してください。(最後に記帳してから2か月以内のもの。添付書類の詳細については別紙ご案内文をご覧ください。)
- ・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください。(ただし、書類の入手が容易な場合に限る)
- ・「その他」の欄は、ご自宅等の手持ち現金、負債(借金)等をご記入ください。名目と金額を記入し、負債の場合は必ずー(マイナス)を付けてください。
- ・また、記載欄に入りきらない場合は別紙にご記入の上、添付してください。

【遺族年金・障害年金の受給がある方のみ】
複数の年金保険者から受給している場合は、下記の全てに〇してください。

課税年金	受給している全ての年金の保険者に〇して下さい
年金※・障害年金】収入額の合計額が	日本年金機構
いる年金に〇して下さい)	地方公務員共済
母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。	国家公務員共済
年金・障害年金】収入額の合計額が	私学共済
ている年金に〇して下さい)	

受給している年金に〇してください。

合計が1000万円(夫婦は2000万円)	有価証券等にかかる通帳等写しは別添のとおり。		
(夫婦合計)	預貯金額	有価証券(評価概算額)	その他(※)

ない場合は「0」と記入してください。

円

裏面もご記入ください

同意書

(あて先) 千葉市 区長

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、年金保険者または銀行、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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

提出する日付をご記入ください。

<本人> 住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

氏名 千葉 太郎

(※) 本人が手書きしない場合は記名押印してください。

<配偶者> 住所 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

氏名 千葉 花子

(※) 配偶者が手書きしない場合は記名押印してください。

氏名を代筆した場合は押印してください。

提出者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

提出代行者
所在地・名称
・電話番号

〇〇市〇〇区〇〇 〇-〇
千葉 三郎（長男）
090-1234-5678

被保険者本人以外が提出する場合は記入してください。続柄もお願いします。

(注) 提出代行者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

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または内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同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。
- 境界層該当、特例減額措置に関しては、証明する書類を添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上、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。

区 処 理 欄	決定事項		利用者負担段階	特例減額措置	境界層
	区処理欄には何も記入しないでください。		段階	有 ・ 無	該当 ・ 非該当
			期限	交付年月日	生活保護
					有 ・ 無