

(更新申請用)

## 介護保険負担限度額認定申請書(記入例)

(あて先) 藤岡市長  
次のとおり関係書類を添

8月1日以前に提出される場合は、「8月1日」を記入してください。それ以降の場合は、市役所に提出する日を記入してください。

フリガナ 被保険者氏名	<b>フジオカ タロウ</b> <b>藤岡 太郎</b>	申請日	〇〇年〇〇月〇〇日
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者番号	<b>0123456789</b>
住所	〒 <b>123-4567</b> <b>藤岡市〇〇〇〇番地〇〇</b>	個人番号	
介護保険施設の名称 (※1)	<b>特別養護老人ホーム〇〇</b>	連絡先	<b>0123-45-6789</b>
決定通知及び認定証の 希望送付先(※2)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入所施設    2 ケアマネジャー(事業所名) <input checked="" type="checkbox"/> 3 自宅        4 その他( )	入所(院)年月日(※1)	〇〇年〇〇月〇〇日

(※1) 介護保険施設に入所している場合  
(※2) 介護保険施設に希望送付先を指定する場合

希望送付先1~4のいずれかに〇をつけてください。4の場合は送付先住所と氏名を記入してください。

施設の名称の欄は、ショートステイを利用している場合は、記入は不要です。

### 配偶者に関する事項

この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしていない場合を指します。

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有    無	配偶者がいない場合は、「無」に〇をつけてください。配偶者の氏名等の記入は不要です。	
フリガナ 配偶者氏名	<b>フジオカ ハナコ</b> <b>藤岡 花子</b>	市民税課税状況	課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
住所	(口被保険者と同じ) 〒 <b>123-4567</b> <b>藤岡市〇〇〇〇番地〇〇号</b>	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	個人番号	

### 非課税年金に関する申告

非課税年金を受給している場合は、受給している全ての年金保険者に〇をしてください。

非課税年金受給	<input checked="" type="checkbox"/> 有    無	年金保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私立学共済
		年金種別	遺族年金(※) <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金

(※) 遺族年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含みます。

(裏面に続く)

### 市記入欄

※この欄の記載は不要です。

遺族年金・障害年金などの非課税年金を受給している場合は、「有」に〇をつけ、その年金の「年金保険者」と「年金種別」にも〇をつけてください。

配偶者に関する情報は、負担軽減を決める上で重要なものですので、必ず記入してください。

〇配偶者に含まれるもの: 婚姻届を提出していない事実婚(内縁関係)、長期別居していても事実上離婚関係になっていない場合も配偶者に含まれます。

〇配偶者に含まれないもの: DV防止法に定めのある暴力があった場合、行方不明の場合などは含まれません。

【裏面】

本人と配偶者の資産状況について記入してください。

注意書きに示されているように、不正に負担軽減を受けた場合、罰則金が発生することがあります。

預貯金等に関する申告

		氏名（口座名義人）	金融機関名及び支店名	預貯金額
預貯金	有・無	藤岡 太郎	〇〇銀行〇〇支店	2,000,001円
		藤岡 花子	〇〇銀行〇〇支店	1,000,001円
				円
				円
有価証券	有・無	氏名	種類	評価概算額
		藤岡 太郎	株式	1,500,001円
その他 (現金・負債を含む)	有・無	氏名	種類	金額
		藤岡 太郎	現金	800,001円
		藤岡 花子	現金	200,001円
		合計		5,500,005円

預貯金等に含まれるものの詳細は、別紙リーフレットの裏面に記載。

配偶者の預貯金等についても記入してください。

- (2) 預貯金等については、同じ種類の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。
- (3) 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。
- (4) 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。

同意書

(あて先) 藤岡市長

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、関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の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）また、藤岡市長の報告要求に対し、銀行等が報告することに銀行等に伝えて構いません。

記入日になります。

〇〇年〇〇月〇〇日

<本人(被保険者)>

123-4567

住所 藤岡市〇〇〇〇番地〇〇 特別養護老人ホーム〇〇

氏名 藤岡 太郎



<配偶者>

123-4567

住所 藤岡市〇〇〇〇番地〇〇号

氏名 藤岡 花子



本人と配偶者の署名・捺印をお願いします。

《注意》

※氏名は、スタンプ・ワープロ等による印字ではなく、署名をしてください。

※印鑑は、スタンプ印ではなく、朱肉を使うものをご使用ください。

配偶者の印鑑は本人と姓が同じであれば、同じものを使用してください。

配偶者が有の場合は、預貯金等の有無に関わらず、配偶者も署名・捺印してください。