

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

記入例

被保険者(本人)が施設入所、配偶者が在宅、遠隔地在住の長男が申請(署名代行)する事例

被保険者番号 0000123456 個人番号 123456789012 フリガナ アライ ハマタロウ 被保険者氏名 新居 浜太郎 住所 新居浜市一宮町1-1-1 電話番号(0897) 65-1241 生年月日 明・大・昭 5年 5月 5日 入所(院)した介護保険施設の所在地(住所) 新居浜市〇〇町2-2-2 特別養護老人ホームにはま

住民票の住所を記入してください。

配偶者の有無 有・無 配偶者に関する事項 フリガナ アライ ハマコ 氏名 新居 浜子 住所 新居浜市一宮町1-1-1 電話番号(0897) 65-1241 個人番号 987654321098 生年月日 明・大・昭 8年 8月 8日 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) 新居 浜男 市町村民税課税状況 課税 非課税

内縁関係は配偶者としてください。

収入等及び預貯金等に関する申告(該当する欄の□にチェックを入れてください。) 収入等に関する申告 預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは、別添のとおり 配偶者無 配偶者有 生活保護受給者 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~120万円以下である第1号被保険者 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120万円超である第1号被保険者

収入及び預貯金等が表の内容に該当するか確認し、□チェックを入れてください。

預貯金等の内訳(配偶者有の場合は、配偶者との合計額を記入してください。) 預貯金額 3,300,567円 有価証券(評価概算額) 0円 その他(現金・負債を含む) 現金 505,000円 非課税年金収入に関する申告 □障害年金 □遺族年金(寡婦年金) □夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む

被保険者以外の方が申請する場合は、株式会社・国債など 申請者氏名 新居 浜男 電話番号 03-1234-1234 申請者住所 東京都 被保険者との関係 長男

預貯金額の合計を記入してください。

注意事項

- 1 この申請書における「配偶者」は、配偶者又は内縁関係の者を含みます。
2 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、その全てを記入し、通帳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。

市記入欄

書類確認 □書類確認済 所得状況確認 □介護認定申請中( / )申請、( / )認定(審査日) 番号確認 □窓口(提示) □郵便・使者(添付) 本人(□非課税 □課税) □生保受給( / )適用、( / )介護認定開始 本人(□番号カ □通知カ □住民票 □補記) 配偶者(□非課税 □課税) 審査結果 □1 □2 □3① □3② □非該当 配偶者(□番号カ □通知カ □住民票 □補記) 世帯(□非課税 □課税) 非該当事由 □本人課税 □配偶者課税 □世帯課税 □預貯金額 □口座確認 □口座確認済 定期(□有 □無) □課税所得照会( / ) 送付先 □施設 □自宅 □送付先変更有(裏面・LP) □照会( ) □非課税年金照会( / ) 受付 入力 確認

※裏面の同意書欄も必ずご記入ください。

訂正する場合、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正箇所の近くに申請者名で「署名ください。」

(裏)

### 同意書

(宛先) 新居浜市長

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、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（以下「配偶者」という。）の状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高に

また、新居浜市長の報告要求に対して銀行等に伝えてかまいません。

**同意書欄は直筆署名です。署名代行（代筆）の場合は、以下の同意書署名代行届も記入してください。**

令和 △年 ○月 ◎日

<本人> 住所 **新居浜市一宮町1-1-1**

<配偶者> 住所 **新居浜市一宮町1-1-1**

氏名 **新居 浜太郎**

氏名 **新居 浜子**

### 同意書署名代行届

(宛先) 新居浜市長

介護保険負担限度額認定申請書の同意書欄について、次のように署名を代行

**親族による署名代行にのみお使いください。施設職員等の代行には使えません。**

署名代行者（届出者）

**直筆署名をお願いします。**

住所	<b>東京都〇〇区〇〇1-1-1</b>	
フリガナ	<b>アライ ハマオ</b>	
氏名	<b>新居 浜男</b>	
生年月日	明治・大正 <b>昭和</b> 平成 <b>30</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日	
電話番号	<b>03-1234-1234</b>	
被保険者との関係	<b>長男</b> ※ 被保険者からみた続柄を記入 三親等内の親族（配偶者には内縁関係含む。）であること	
被保険者、配偶者が署名できない状況	<b>例・・・本人は認知症の進行により意思能力がありません ・・・脳梗塞後遺症による四肢麻痺のため筆記できない など (母は自筆で署名しました。)</b>	

### 介護保険負担限度額認定結果送付先変更届

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者番号	0 0 0 0
被保険者氏名	
被保険者住所	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月
送付先居宅名 又は送付先住所	〒 -
担当者氏名 又は送付先氏名	

**今回の認定結果について、本人の住所地（送付先変更の届出をしている場合はその送付先）以外への郵送を希望する場合は記入してください。**

**※なお、この送付先は今回の「介護保険負担限度額認定結果」の送付のみに使用します。**