

介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書

29 年度
<H29. 8. 1~H30. 7. 31>

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

平成 年 月 日

① 被保険者に関する事項	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の申請をします。 なお、被保険者及び世帯員の収入や課税状況、生活保護受給の有無等の情報について、広域連合長が調査を行うことに同意します。 認定のために必要があるときは、銀行又は信託会社、年金保険者その他の機関(以下「銀行等」という。)に私(被保険者)の保有する預貯金及び有価証券等(以下「預貯金等」という。)の資産状況について、報告を求めることに同意します。また、広域連合長の要求に対し、銀行等が報告することについて、私が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。			
	フリガナ		被保険者番号	
	被保険者氏名	(印)	個人番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号	
	住所 (住民票の住所)	連絡先		
	介護保険施設の名称	※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利用の場合は記入不要		<input type="checkbox"/> 入所施設への送付を希望する(施設入所連絡票が提出されている場合のみ)
	配偶者の有無	無・有(同一世帯・別世帯) ※事実上の配偶者も、「有」になります。 ※以下の「②配偶者に関する事項」については、「有」の場合のみ記入してください。		
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護を受給している。			
	<input type="checkbox"/> 遺族年金を受給している。 ※恩給の場合申告は不要です。		}	
	<input type="checkbox"/> 障害年金を受給している。			受給しているか不明な場合⇒ <input type="checkbox"/>

② 配偶者に関する事項	被保険者の認定のために必要があるときは、銀行等に私の課税状況及び保有する預貯金等の資産状況について、報告を求めることに同意します。また、広域連合長の要求に対し、銀行等が報告することについて、私が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。			
	フリガナ		個人番号	
	配偶者の氏名	(印)	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	配偶者の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		
		課税状況	市町村民税 【課税・非課税】	
		連絡先		

③ 預貯金等に関する申告 ※預貯金等にかかる通帳等の写しを添付(生活保護受給者は省略)	<input type="checkbox"/> 預貯金等の金額の合計が、1,000万円以下(夫婦の場合は合計で2,000万円以下)である。 ※対象となる預貯金等の資産状況の具体的な例については、裏面を参照してください。			
	現金		有価証券 投資信託	
	預貯金	円	金・銀等	円
		円	負債	円

申請者が被保険者本人以外の場合は、下記の欄を記入してください。

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所		連絡先	

※) 記入にあたり、申請に関する注意事項は裏面を確認してください。

広域処理欄	審査結果	<input type="checkbox"/> 認定 所得段階：第 段階(期間： 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 却下 課税(本人・配偶者・家族)・預貯金1000万円超(夫婦で2000万円超)			受付	・鈴鹿 ・亀山 ・郵便
	備考	支1・2 介1・2・3・4・5 申請中(申請 / ・審査会 /) 転入(/) 所得照会(要・不要) 非課税年金照会(要・不要) 税情報未申告者()				

申請に関する注意事項

①被保険者について

- (1)この申請書は、課税・資産状況等について調査及び照会を行うことへの同意書も兼ねていますので、必ず記入・押印をしてください。
- (2)この申請によって、本人(被保険者)を含む世帯員全員の収入等についての調査及び照会を行うため、世帯員以外の方が申請する場合は、必ず本人及び世帯員の方に同意を得てください。
- (3)「個人番号」には、マイナンバーカード等に記載された、12桁の数字を記入してください。
- (4)配偶者の有無については、別居・別世帯の配偶者も含まれます。
- (5)事実上の配偶者とは、事実婚・内縁関係の方も含まれます。
- (6)受給している年金の種類は、年金保険者から通知される振込通知書、支払通知書、改定通知書などで確認できます。お手元に確認できる書類がない場合は、年金保険者へ問い合わせただくか、申請書の「不明」欄に☑してください。なお、「恩給」は遺族年金に該当しませんので、申告の必要はありません。

②配偶者について

- (1)被保険者に配偶者がいる場合は、配偶者の同意が必要となるため、必ず記入・押印をしてください。また、被保険者及び配偶者以外の方が申請する場合は、必ず被保険者及び配偶者の方に同意を得てください。
- (2)「個人番号」には、マイナンバーカード等に記載された、12桁の数字を記入してください。

③預貯金等に関する申告について ※生活保護受給者は必要ありません。

- (1)被保険者に配偶者がいる場合は、配偶者の通帳等の写しも添付してください。
- (2)同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (3)虚偽の申告により不正に支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規程に基づき、支給された額の返還及び最大2倍の加算金を求めることがあります。
- (4)通帳の写しについては、所有する全ての口座の情報がわかるもの(銀行名、支店、口座種別、口座番号、名義が記載されたページ)、最終記帳ページ(申請日から2か月前までの期間に記帳したもの)、定期預金記載ページ等口座名義及び残高が確認できる書類を添付してください。
- (5)対象となる預貯金等の資産状況の具体的な例及び必要書類には、以下のものが含まれます。

預貯金等に含まれるもの	申請に必要な書類(例)
現金(タンス預金も含む)	なし(自己申告)
預貯金(普通・定期)	所有する全ての口座に関して、口座名義や口座番号等が分かるページ、最終記帳ページ(申請日から2か月前までの期間に記帳したもの)、定期預金明細ページ、または証書の写し等
有価証券(株式、国債、地方債、社債等)、投資信託	銀行、証券会社、信託会社等の口座残高の写し等
金や銀等、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高の写し等
負債(借入金、住宅ローン等) ※預貯金等から差し引きます	残高証明書等

※生命保険(個人年金、学資保険、養老年金等)、自動車は対象外

④ その他の注意事項

- (1)成年後見人等が申請する場合は、登記事項証明書等の写しを添付してください。
- (2)結果通知の送付は、被保険者証記載の住所又は「介護保険関係書類送付先変更届出書」を提出している場合は届出書記載の住所へ送付します。
入所施設への送付を希望する方は、入所施設から「介護保険施設入所連絡票」が提出されている場合に限り、入所施設へ送付します。
- (3)申請のあった月の初日から認定となります。サービスを利用する月内に手続きをいただかないと、食費・居住費の軽減を受けられない期間が発生しますのでご注意ください。
- (4)可否決定後であっても、認定の条件に該当しなくなった場合、申告をしてください。
 - ◆所得・世帯の変更により、市町村民税課税世帯となった場合
 - ◆預貯金等が基準額を上回った場合

記入例

介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書

29 年度用
<H29. 8. 1~H30. 7. 31>

（宛） 介護保険負担限度額認定証を利用される方について記入してください。 平成 年 月 日

介護保険負担限度額認定証を利用される方について記入してください。

・ 居住費（滞在費）に係る負担限度額認定の申請をします。
 なお、被保険者及び世帯員の収入や課税状況、生活保護受給の有無等の情報について、広域連合長が調査を行うことに同意します。
 認定のために必要があるときは、銀行又は信託会社、年金保険者その他の機関(以下「銀行等」という。)に私(被保険者)の保有する預貯金及び有価証券等(以下「預貯金等」という。)の資産状況について、報告を求めることに同意します。また、銀行等が報告することについて、私が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

必ず押印してください。

① 被保険者に関する事項	フリガナ		被保険者番号				
	配偶者が「有」の方は、②欄について記入してください。別居している場合も、戸籍上夫婦関係にある場合は記入してください。	月 日	個人番号	個人番号(マイナンバー)が不明の場合は未記入でも構いません。			
	介護保険施設の名称	※介護保険施設に入所(院)を利用の希望がある(施設入所連絡票が命のみ)	配偶者の有無	受給しているものがある場合は☑をしてください。			
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護を受給している。 <input type="checkbox"/> 遺族年金を受給している。 ※恩給の場合申告は不要です。 <input type="checkbox"/> 障害年金を受給している。		遺族年金や障害年金を受給しているかどうか不明な場合は☑をしてください。				

② 配偶者に関する事項	被保険者の認定のために必要があるときは、銀行等に私の課税状況及び保有する預貯金等の資産状況について、報告を求めることに同意します。また、広域連合長の要求に対し、銀行等が報告することについて、私が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。						
	フリガナ	必ず押印してください。				個人番号	
	配偶者の氏名	(印)				生年月日	明・大・昭 年 月 日
	配偶者の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と住所が違う場合は記入してください。		課税状況	市町村民税 課税・非課税		

③ 預貯金等に関する申告 ※預貯金等にかかる通帳等の写しを添付(生活保護受給者は省略)	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金等の金額の合計が、1,000万円以下(夫婦の場合は合計で2,000万円以下)である。 ※対象となる預貯金等の資産状況の具体的な例については、裏面を参照してください。					
	現金	円	有価証券投資信託	円		
	預貯金	円	金・銀等	円	負債	円

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所		連絡先	

本人と配偶者の預貯金等の合計金額を各欄に記入してください。対象となる金額がない場合は、「0円」と記入してください。通帳等の写しは必ず添付してください。

日～ 年 月 日 貯金1000万円超(夫婦で2000万円超) 査会 /) 転入 (/)	受付 ・ 鈴鹿 ・ 亀山 ・ 郵便
--	----------------------------