

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

フリガナ 被保険者氏名	タ ジ ミ タロウ		保険者番号		申請書の記入日									
	多治見 太郎		被保険者番号		0	0	0	0	×	×	×	×	×	×
			個人番号		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
生 年 月 日	〇 月 〇 日													
住 所	施設に入所している方は、施設の名称等を記入してください。 ※ショートステイ利用の場合は不要です。													
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒507-0037 多治見市音羽町〇-〇 介護老人保健施設 多治見 電話番号 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇													
入所(院)年月日 (※)	年 月 日		※全額負担の場合及びショートステイを利用している場合											
配偶者の有無	有 ・ 無		「有」の場合、以下の配偶者に関する事項を記入 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	タ ジ ミ ハナコ		明・大・昭・平										
	氏名	多治見 花子		生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日									
	住所	〒		※本年1月1日										
	課税状況	市町村民税		課税 ・ 非課税	配偶者の市民税課税状況に〇してください。									
収入等及び預貯金等に関する申告	☐ 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢年金受給者 (※)													
	☒ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円以下かつ、 ☐ 一時金等 (夫婦は 1650 万円) 以下 (※)													
	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】収入額の合計額が 80 万円超、120 万円以下かつ、預貯金等 (夫婦は 1550 万円) 以下 (※)													
	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】収入額の合計額が 500 万円 (夫婦は 1500 万円) 以下かつ、預貯金等 (夫婦は 1500 万円) 以下 (※) 40～64 歳 (2号) 被保険者及び第1段階該当者については、預貯金等の合計が 1000 万円 (夫婦は 1500 万円) 以下 (※)													
年金に関する申告	☒ 日本年金機構		☐ 地方公務員共済		☐ 国家公務員共済		☐ 私学共済							
預貯金額	5,000,000 円		有価証券 (評価概算額)		0 円		その他 (現金・負債を含む)		(〇) 円 ※					
申請者	住所 多治見市日ノ出町〇-〇		預貯金通帳すべての残高の合計を記入 令和3年8月1日から要件の変更あり											
	氏名 多治見 次郎		(本人との関係) 長男											
	電話番号 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇		※申請者が被保険者本人の場合には、記載は不要です。											

注意事項

- この申請書は、本人の代わりに代理で記入した場合、申請者氏名、申請者住所、電話番号、本人との関係を記入してください。
- 世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を有している場合は、そのすべてを記入し、関係の証明書を添付してください。
- 介護保険給付を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された介護保険料を返還する必要があります。

裏面も記入

同意書

多治見市長

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（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、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ません。

同意書の記入日

令和〇 年 〇 月 〇 日

<本人>

住所 多治見市音羽町〇-〇

氏名 多治見 太郎

<配偶者>

住所 多治見市音羽町〇-〇

氏名 多治見 花子

印

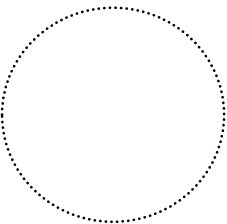
印

本人と配偶者の印鑑を押印
配偶者無しの場合は配偶者欄未記入

多治見市記入欄

交付年月日			
年 月 日			
適用年月日			
年 月 日	所得要件	適	・ 不適
から	資産要件	適	・ 不適
有効期限		承認	・ 不承認
年 月 日	第 段階		
まで			

受付印



【確認書類】 個人番号カード・通知カード・運転免許証 介護保険証・負担割合証・医療保険証 ケアマネ証・その他（ ）	確認者
--	-----

システム処理	
氏名	交付
	☐ 手渡し ☐ 郵送