

水戸市長様

年 月 日

介護保険負担限度額認定申請書

介護保険法の規定に基づき次のとおり申請します。
食費及び居住費に係る負担限度額認定を受ける方の氏名等を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	住 所	電話番号 ()		
	介護保険施設の所在地及び名称(※注)	電話番号 ()		
	入所(入院)年月日	年 月 日	※注 介護保険施設に入所(入院)せず、短期入所利用の場合には、記入は不要です。	

配 偶 者	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。 ※配偶者が課税されていると負担限度額認定証の交付対象となりません。
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	電話番号 ()	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	電話番号 ()	
	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税	

収入に対する申告		☐	生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
			☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦2000万円)以下です。									
			市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金の収入額の合計が年額80万9千円以下です。									
		☐	非課税年金の有無	有 ・ 無	種類	遺族年金・障害年金	金額	円				
			年金保険者	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、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦1650万円)以下です。									
		☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計が年額80万9千円を超え120万円以下です。									
			非課税年金の有無	有 ・ 無	種類	遺族年金・障害年金	金額	円				
			年金保険者	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、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦1550万円)以下です。									
			市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計が年額120万円を超えます。									
			非課税年金の有無	有 ・ 無	種類	遺族年金・障害年金	金額	円				
		年金保険者	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、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦1500万円)以下です。									

申請者が本人以外の場合は、記入してください。

申 請 者	氏 名		本人との関係	
	住 所	電話番号 ()		

注意 1 配偶者が水戸市以外の市町村に居住している場合は、税証明を添付してください。
2 遺族年金には、寡婦年金を含みます。
3 預貯金については、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、通帳等の写しを添付してください。書ききれない場合は、別紙に記入の上添付してください。
4 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。
5 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。

(裏面も記入してください。)

収入等申告書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金額・評価概算額等
預貯金	☐有 ☐無	[支店]	円
		[支店]	円
		[支店]	円
有価証券等	☐有 ☐無		円
			円
その他	☐有 ☐無		円
			円
計①			円

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金額・評価概算額等
預貯金	☐ 有	[支店]	円
	☐ 無	[支店]	円
		[支店]	円
有価証券等	☐ 有		円
	☐ 無		円
その他	☐ 有		円
	☐ 無		円
計②			円

合計 (①+②)	円
----------	---

※合計金額が「収入及び預貯金等に関する申告」の欄に記載された預貯金等の額を超えた場合、負担限度額認定証の交付対象になりません。

同意書

水戸市長 様

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

【本人】

住所

氏名

【配偶者】

住所

氏名

記入例

令和 年 月 日

介護保険負担限度額認定申請書

介護保険法の規定に基づき次のとおり申請します。
食費及び居住費に係る負担限度額認定を受ける方の氏名等を記入してください。

被保険者番号・個人番号がわからない場合、この欄は空白でも構いません。

被 保 険 者	フリガナ	ミト ハナコ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	氏名	水戸 花子	個人番号	012345678910									
	生年月日	明・大(昭) 3 年 1 月 10 日											
	住所	水戸市中央1-4-1 電話番号 029(232) 9177											
	介護保険施設の所在地及び名称(※注)	特別養護老人ホーム〇〇園 電話番号 029(123) 4567											
	入所(入院)年月日	令和元 年 5 月 1 日 ※注 介護保険施設に入所(入院)せず、短期入所利用の場合には、記入は不要です。											

配 偶 者	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											
	フリガナ	ミト イチロウ											
	氏名	水戸 一郎 配偶者とは、妻もしくは夫のことです。 別居・別世帯・内縁関係も含みます。											
	生年月日	明(大) 昭 15 年 6 月 7 日											
	住所	水戸市中央1-4-1 電話番号 029(232) 9177											
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	電話番号 ()											
	市町村民税課税状況	課税 ・ (非課税) ※配偶者が課税されていると負担限度額認定証の交付対象となりません。											

収入に対する申告	☐	生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者											
	☐	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦2000万円)以下です。											
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金の収入額の合計が年額80万9千円以下です。											
	☐	非課税年金の有無	有・無	種類	遺族年金・障害年金	金額	円						
	☐	年金保険者	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、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦1650万円)以下です。											
	☒	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計が年額80万9千円を超え120万円以下です。											
	☒	非課税年金の有無	(有) ・ 無	種類	遺族年金・ <u>障害年金</u>	金額	781,700 円						
	☒	年金保険者	<u>日本年金機構</u> ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済										
	☒	☒ 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦1550万円)以下です。											
☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び非課税年金収入額の合計が年額120万円を超えます。												
☐	非課税年金の有無	有・無	種類	遺族年金・障害年金	金額	円							
☐	年金保険者	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、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦1500万円)以下です。												

申請者が本人以外の場合は、記入してください。

申 請 者	氏名	水戸 太郎										本人との関係	子
	住所	水戸市中央1-4-1 電話番号 029(224) 1111											

- 注意
- 1 配偶者が水戸市以外の市町村に居住している場合は、税証明を添付してください。
 - 2 遺族年金には、寡婦年金を含みます。
 - 3 預貯金については、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、通帳等の写しを添付してください。書ききれない場合は、別紙に記入の上添付してください。
 - 4 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。
 - 5 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。

(裏面も記入してください。)

【初めて申請する場合】

合わせて本人および配偶者の名義があるすべての銀行の通帳の写し

①銀行・支店名・名義人のわかる部分

②申請日からおおむね3か月の出入金が見える部分

③定期預金の部分、※積立の有無に関わらず）が必要です。

必ず最新の状態で記帳したものを添付してください。

収入等申告書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金額・評価概算額等
預貯金	☒ 有	水戸銀行 [市役所 支店]	1,234,567 円
	☐ 無	千波信用組合 [県庁 支店]	2,345,678 円
		ゆうちょ銀行 [一二三 支店]	123,456 円
有価証券等	☐ 有		円
	☒ 無		円
その他	☒ 有	タンス預金	200,000 円
	☐ 無		円
計①			3,903,701 円

申請日時点での残高を、
1円単位まで記入してください。

有・無のどちらかに必ず☑をいれてください。

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	預貯金先・種類等	預貯金額・評価概算額等
預貯金	☒ 有	ゆうちょ銀行 [一二三 支店]	2,210,006 円
	☐ 無	水戸銀行 [三の丸 支店]	1,000,123 円
		[支店]	円
有価証券等	☒ 有	〇〇証券株式	2,000,000 円
	☐ 無		円
その他	☒ 有	現金	200,000 円
	☐ 無		円
計②			5,410,129 円

有価証券等の保有がある場合、
保有株式等の状況がわかるもの
を添付してください。

合計(①+②)	9,313,830 円
---------	-------------

※合計金額が「収入及び預貯金等に関する申告」の欄に記載された預貯金等の額を超えた場合、負担限度額認定証の交付対象になりません。

同意書欄の記入がない場合、
負担限度額の認定を行うことができません。

同意書

水戸市長 様

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 年 月 日 日付の記入が必要です。

【本人】 住所 水戸市中央1-4-1

氏名 水戸 花子 必ず手書きで記入してください。

【配偶者】 住所 水戸市中央1-4-1

氏名 水戸 一郎