

# 「介護保険負担限度額認定申請書(表面)」の記入方法

書き方見本		介護保険負担限度額認定申請書	
		10	〇〇年 〇〇月 〇〇日
次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在外)に係る負担限度額認定を申請します。			
フリガナ	ヒガシオオサカ タロウ	被保険者番号	△△△△△△△△△△△△
被保険者氏名	東大阪 太郎	マイナンバー 個人番号	××××××××××××××
生年月日	明・大 昭・西暦 □□年□□月□□日		
住所	〒△△△-△△△△ 電話番号 ○〇(△△△△)××××		
	東大阪市〇〇町〇丁目〇番〇〇号		
介護保険施設等の名称及び所在地(※)	電話番号 ○〇(××××)□□□□ (所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇		
施設入所年月日(※)	△△年△△月△△日 (※)介護保険施設等に入所していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。		
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	ヒガシオオサカ ハナコ	生年月日	明・大 昭・平・西暦 □□年□□月□□日
氏名	東大阪 花子	マイナンバー 個人番号	××××××××××××××
住所	〒△△△-△△△△ 電話番号 ○〇(△△△△)××××		
	東大阪市〇〇町〇丁目〇番〇〇号		
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 — — — —		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		
収入・預貯金等に関する申告	①生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/>	
	②年間80万円以下であり、預貯金・有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)以下です。	<input type="checkbox"/>	
	③年間80万円を超え120万円以下であり、預貯金・有価証券等の金額の合計が580万円(夫婦は1550万円)以下です。	<input checked="" type="checkbox"/>	
	④年間120万円を超え、預貯金・有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。	<input type="checkbox"/>	
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
非課税年金を <input type="checkbox"/> 受給しています(遺族年金・障害年金)。 <input checked="" type="checkbox"/> 受給していません。(↑受給している年金に○してください。)			
※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。			
預貯金額	×××円	有価証券(評価概算額)	△△△円
		その他(現金・負債を含む)	(タンス預金) ※
			〇〇〇円
※なお上記第2号被保険者の場合、本人の預貯金上限額は1000万円(夫婦は2000万円)以下となります。 ↑内容を記入してください			
申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。			
申請者氏名	東大阪 次郎	連絡先(自宅・勤務先 携帯)	△△△-××××-□□□□
申請者住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 東大阪市□□町□□番□□-□□□号	本人との関係	次男
注意事項 (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。 (2) 預貯金等については、すべてを記入し、保有するすべての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。			
有効期間	■ お問い合わせ先 ■		→裏面もあります。
市処理欄	東大阪役所 高齢介護室 給付管理課		受付印
配偶者有無	配偶者 税		
有・無	課・非課		
境界層	給付制限		
	〒577-8521		
	東大阪市荒本北1丁目1番1号		
	電話:06-4309-3186		

① 被保険者について必要事項を記入してください。  
※住所等が印字されていて、現在の情報と異なる場合は、二重線で削除し、新しい住所等を記入してください。

② 利用している介護保険施設等の名称及び入所年月日を記入してください。  
※短期入所(ショートステイ)を利用している場合や入所申込み中の場合等は記入不要です。

③ 配偶者(※)の有無についていずれかを○で囲んでください。  
※婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含み、当該配偶者が行方不明になった場合、要介護被保険者が配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律第一条第一項に規定する配偶者からの暴力を受けた場合その他これらに準ずる場合を除きます。

④ ③で配偶者「有」の場合は、配偶者について必要事項を記入してください。

⑤ 本年1月1日時点における配偶者の住所が現住所と異なる場合のみ記入してください。  
※申請月が1月から7月の場合は、前年の1月1日時点の住所地を記入してください。

⑥ 配偶者の本年度の市町村民税の課税状況について、いずれかを○で囲んでください。

⑦ 被保険者自身の収入等について、いずれかを✓してください。

⑧ 被保険者及び配偶者が所有する預貯金等について、すべて記入してください。  
預貯金、有価証券について、被保険者及び配偶者が所有するすべての通帳等の写しを添付してください。  
※原則申請日の直近から2か月前までの期間が必要です。  
※銀行名・支店名・口座番号・口座名義のわかるページの写しも必要です。

預貯金等に含まれるもの (資産性があり、換金性が高く、 価格評価が容易なものが対象)	確認方法 (価格評価を確認できる書類の入手 が容易なものは添付を求めます)	負債(借入金・住宅ローンなど) は、預貯金等から差し引いて 計算します。(信用証書などで 確認)また、価格評価は、申 請日の直近2カ月以内の写し 等により行います。
預貯金(普通・定期)	通帳の写し (インターネットバンクであれば口座残高ページの写し)	※ 預貯金等に含まれないもの ・ 生命保険、自動車、腕時計、 宝石など価値評価額の把握 が難しい貴金属など ・ 絵画、骨董品、家財など
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し (ウェブサイトの写し也可)	
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって 価値評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し (ウェブサイトの写し也可)	
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し (ウェブサイトの写し也可)	
タンス預金(現金)	自己申告	

⑨ 本申請を被保険者本人以外が申請する場合は、必要事項を記入してください。

⑩ 申請書を提出する日を記入してください。

裏面もあります。

# 「介護保険負担限度額認定申請書(裏面)」の記入方法

## 書き方見本

### 同意書

(宛先) 東大阪市長

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、貴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。

13  
〇〇年 〇〇月 〇〇日

<本人>

住所 東大阪市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号

氏名 東大阪 太郎

<配偶者>

住所 東大阪市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号

氏名 東大阪 花子

⑪ 被保険者本人の住所・氏名を記入(※)してください。

#### -制限行為能力者の申請について-

成年被後見人、被保佐人、被補助人等の制限行為能力者の方の申請をする際は、別途、登記事項証明書や審判の写し等、その旨が確認できる書類の写しを添付してください。

また、左記署名欄等については、成年後見人等の住所・氏名を記入(※)いただきますようお願いいたします。

例 住所 : 登記事項証明書等に記載の後見人等の住所  
氏名 : 東大阪太郎 成年後見人 東大阪一郎

⑫ 表面③で配偶者「有」の場合は配偶者の住所・氏名を記入(※)してください。

(※) 同意書になりますので、住所・氏名等についてゴム印の使用は不可といたします。

⑬ 申請書を提出する日を記入してください。

#### ※不正行為への加算金について※

本申請につき、偽りその他の不正行為により申請を行い食費・居住費(滞在費)の軽減を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、軽減額及び、軽減額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。