

同意書

砺波地方介護保険組合 理事長 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、報告を求めるとに同意します。

また、貴理事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。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

※ 本人又は配偶者が書写不能で記名できない場合に記載ください。
なお、上記該当者の氏名を申請者が代筆された場合でも、上記該当者の押印が必要です。

上記記名者が書写不能のため、該当者に同意書の内容を見せ又は読み聞かせ、同意を得ていることに相違ありません。

申請者氏名

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、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。
- (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。

預貯金に関する申告明細書

被保険者氏名

配偶者名

【預貯金額】 ①と②の両方を添付してください。 ①金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人の分かる部分の写し ②年金振込部分を含む、申請日から直近2ヶ月間の取引内容、最終残高が分かる部分の写し

	名義人	年金	金融機関名	店名	種別	口座番号	金額(円)
1	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
2	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
3	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
4	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
5	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
6	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
7	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
8	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
9	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
10	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
11	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
12	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		
13	本人・配偶者		銀行・農協 信金・信組	本店・支店 支所・営業所	普通・通常 定預・定貯・定積		

①証券会社、銀行、信託銀行等の口座残高の写し、②取引名義人が分かる部分の写し、
③直近2ヶ月内の取引内容や時価評価額が分かる部分の写しを添付してください。

①

計

【有価証券 / 投資信託 / 純金積立購入等の時価評価額が容易に把握できる貴金属 など】

	名義人	内容	金額(円)
1	本人・配偶者		
2	本人・配偶者		
3	本人・配偶者		

②

計

【その他(現金 /)】

	名義人	内容	金額(円)
1	本人・配偶者		
2	本人・配偶者		

【○】 一般的な金銭の借入、住宅ローン

【×】 営む業務(個人名義でも×)に係る負債、税金や保険料等の滞納額
金銭消費貸借契約書(貸付額・返済期日等が記載され、署名・捺印があるもの)等の負債額の分かるものの写しを添付してください。

③

計

【その他(負債)】

	名義人	内容	金額(円)
1	本人・配偶者		
2	本人・配偶者		

④

計

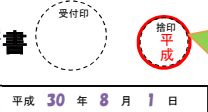
合計(①+②+③-④)

平成30年8月以降用

介護保険書

記入例(表面)

必ず押印してください。
(認印可、シャチハタ不可)



軽微な修正も含めて修正箇所
完全に訂正印をいただくことになると
時間を要することになるため、
可能であれば、あらかじめ
被保険者の捺印を押印ください。

次のとおり関係書類を添付し、居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	ハイセイチロウ	被保険者番号	000099899
被保険者氏名	平成 一郎	個人番号	000123456789
生年月日	平成 10年 10月 10日	性別	男
住所	〒000-0001 函館市二番町3番4号	電話番号	0000-00-0001
入所(施設)した介護保険施設の所在地及び名称※1	〒000-0002 小矢野市五番町6番7号 特養とぞみの苑	電話番号	0000-00-0002
入所(施設)年月日※	平成 25年 11月 11日	※1 介護保険施設に入所(施設)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、記載不要です。	

窓口に提出する日を記入
して下さい。

6~7月中旬に事前に30年度分
(H30.8.1~H31.7.31)の申請をされる
場合は、申請日を「8月1日」にし
て下さい。

配偶者が世帯を分けている場合も「有」に丸をつけて、
配偶者の情報を記入してください。また、事実婚の場合も記入してください。
(配偶者死亡や離婚している場合は「無」に丸)

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	
フリガナ	ハイセイハ	個人番号	000234567891
氏名	平成 花子	住所	〒000-0001 函館市二番町3番4号
住所	〒000-0001 函館市二番町3番4号	電話番号	0000-00-0001
本年1月1日現在の住所(居住料と異なる場合は)	〒000-0001 函館市二番町3番4号		
市町村民税課税状況	課税	非課税	<input checked="" type="radio"/>

配偶者の市町村民税の課税状況に丸をつけてください。
本年度(4~7月申請は前年度)市町村民税が非課税であることを確認します。
課税の場合は、申請をしても認定になりません。(申請は不要です。)

いずれかに☑してください。

非課税年金(遺族年金・障害年金)を受給している場合は、
その年金種別に丸をつけてください。

収入等に関する申請	<input type="checkbox"/> 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【遺族年金※3・障害年金】収入額の合計額が生計8.0万円以下です。 ※3 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。以下同じ。	<input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済
預貯金に関する申告(夫婦合計)	預貯金額 5,340,056円	有価証券(評価概算額) 150,000円
	その他(現金・負債を含む) 500,000円	内容(住宅ローン) △3,678,904円
合計	2,311,152円	

受給している全ての年金受給者に丸をつけてください。

資産の合計額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下の場合、☑をつけてください。
超えている場合は、申請しても認定になりません。(申請は不要です。)

被保険者以外の方が申請される場合、
連絡先電話番号も含め、必ず記入ください。

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名	平成 次吉	電話番号	0000-00-0003
住所	〒000-0003 南函館市八番町9番10号	本人との関係	子

裏面へ続く

通帳等(預貯金、有価証券、債券)の写しを添付してください。

- 銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分と、
- 年金振込部分を含む、直近2ヶ月間の取引内容と最終残高が分かる部分の写しが必要です。配偶者がいる場合は、配偶者のものも必要です。

<確認事項>

- ★受給している全ての年金の振込先通帳の写しが添付されていますか？
- ★定期預金、定期貯金、定額貯金、定期積金といった通帳や証書はありませんか？
- ★経済貯金など、年金収入以外の収支を管理している通帳はありませんか？

記入例(裏面)

函館地方介護保険組合 理事長 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を求めることに同意します。
また、貴理事長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私同意している旨を銀行等に伝えていません。

平成 30年 8月 1日

<本人>

住所 函館市二番町3番4号

氏名 平成 一郎

<配偶者>

住所 函館市二番町3番4号

氏名 平成 花子

保有している資産を意図して少なく申告する、
非課税年金(遺族年金、障害年金)を受給しているにもかかわらず故意に申告しない等の虚偽の申告により、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、それまでに受けた負担軽減額に加え最大2倍の加算金(負担軽減額と併せ最大3倍の額)の納付を求めることがあります。

被保険者の住所・氏名を記入し、必ず押印してください。
(表面と同じハンコ)

配偶者がいる場合は、
配偶者の記入、押印も必要です。

成年後見人の方が申請される場合、以下の2点にご注意ください。

- ①申請書裏面の同意書の「本人氏名」には、被後見人の住所及び氏名を記名し、「申請者氏名」には「平成一郎 成年後見人 平成次吉」というように後見人の署名・押印をしてください。(表面の記入・押印も同様にお願いします。)
- ②後見人であることを証するものの写し(登記事項証明書などを)添付してください。

※ 本人又は配偶者が書写不能で記名できない場合に記載ください。なお、上記該当者の氏名を申請者が代筆された場合でも、上記記名者(本人又は配偶者)が書写不能のため、該当者に同意書の内容を承認し、同意を得ていることに相違ありません。

申請者氏名 平成 次吉

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、又は内縁関係にある配偶者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記載してください。
- (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、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。

◎ 提出する前にご確認ください。

- 氏名の記入、押印はありますか？ (表面、裏面あり)
- 通帳等の写しは添付してありますか？ (本人・配偶者)
※配偶者がいない場合は、本人のみ。
※預貯金等を複数保有している場合は、すべて提出してください。