

平成 28 年 8 月以降用

# 介護保険負担限度額認定申請書



平成 年 月 日

(申請先)

砺波地方介護保険組合 理事長 様

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を申請します。

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	性別	男・女																					
住所	〒										電話番号	-	-														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※1	〒										電話番号	-	-														
入所(院)年月日※	昭・平	年	月	日	※1 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を利用している場合は、記載不要です。																						

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。																												
配偶者に関する事項	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日														
	氏名											個人番号																		
	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)	〒																												
	市町村民税課税状況	課税・非課税	※2 配偶者が非課税で、本年(1~7月申請の方は前年)1月1日現在で砺波市・小矢部市・南砺市以外に住していた場合は、本年度(4~7月申請の方は前年度)非課税証明書を添付してください。																											

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																		
	<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】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に0をしてください。) ※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。															受給している全ての年金の保険者に○してください。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済			
	<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・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に0をしてください。)																		
預貯金に関する申告(夫婦合計)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※4 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																		
	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)	円	内容( )	円	合計	円										

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											電話番号	-	-
申請者住所	〒										本人との関係		

裏面へ続く

市記入欄

本人	老齢福祉年金	非受給	受給	住民税	本人	非課税	課税
	生活保護	非受給	受給		配偶者	非課税	課税
	給付制限	なし	あり		世帯員	非課税	課税
	非課税年金	なし	あり				

組合記入欄

受付	入力	交付												
決定	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階	承認 / 非承認									
	期間	理由	課税・預貯金											

## 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、報告を求めす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

&lt;本人&gt;

住所

氏名

印

&lt;配偶者&gt;

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**押印**は必要です。

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。

平成 28 年 8 月以降用

# 介護保険負担限度額認定申請書



## 記入例

平成 29 年 8 月 1 日

(申請先)

砺波地方介護保険組合 理事長 様

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を申請します。

フリガナ	ヘ イ セ イ イ チ ロ ウ	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 8 9 9 9
被保険者氏名	平成 一郎	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
生年月日	明 大・昭 10 年 10 月 10 日	性別	男・女
住 所	〒000-0001 砺波市二番町3番4号	電話番号	0000 - 00 - 0001
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※1	〒000-0002 小矢部市五番町6番7号 特養となみの苑	電話番号	0000 - 00 - 0002
入所(院)年月日※	昭 平 25 年 11 月 11 日	※1 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を利用している場合は、記載不要です。	

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。		
配偶者に関する事項	フリガナ	ヘ イ セ イ ハ ナ コ	生年月日	明・大・昭 12 年 12 月 12 日
	氏 名	平成 花子	個人番号	0 0 0 2 3 4 5 6 7 8 9 1
	住 所	〒000-0001 砺波市二番町3番4号	電話番号	0000 - 00 - 0001
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		
	市町村民税課税状況	課税・非課税	※2 配偶者が非課税で、本年（1～7月申請の方は前年）1月1日現在で砺波市・小矢部市・南砺市以外に居住していた場合は、本年度（4～7月申請の方は前年度）非課税証明書を添付してください。	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		受給している全ての年金の保険者に○してください。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済			
	<input checked="" 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】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○をしてください。) ※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 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・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に○をしてください。)					
預貯金に関する申告(夫婦合計)	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※4 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
	預貯金額	5,340,056 円	有価証券(評価概算額)	0 円	その他(現金・負債を含む)	内容(現金) 500,000 円 内容(住宅ローン) △3,678,904 円	合計

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
申請者住所	〒000-0003 南砺市八番町9番10号	本人との関係	子

裏面へ続く

市記入欄

本人	老齢福祉年金	非受給	受給	住民税	本人	非課税	課税
	生活保護	非受給	受給		配偶者	非課税	課税
	給付制限	なし	あり		世帯員	非課税	課税
	非課税年金	なし	あり				

組合記入欄

受付	入力	交付
第 1 2 3 4 段階	境界層(有/無)	
決定	承認	非承認
期間	理由	課税・預貯金

## 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、報告を求めす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 29 年 8 月 1 日

&lt;本人&gt;

住所 砺波市二番町3番4号  
氏名 平成 一郎

&lt;配偶者&gt;

住所 砺波市二番町3番4号  
氏名 平成 花子

※ 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、上記該当者の押印は必要です。

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 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		

証券会社、銀行、信託銀行等の口座残高の写し 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】

	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。

【その他(負債)】

③

計

	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)

# 負担限度額認定申請書の記入・添付書類について

- ① 太枠の中を全て記入してください。
- ② 可能であれば、欄外に、被保険者の捺印を押印してください。
- ③ 申請日を記入してください。  
(6～7月中に29年度分(H29.8.1～H30.7.31)の申請をする場合は、申請日を「8月1日」としてください。)
- ④ 「配偶者の有無」欄を「有」とした場合は、「配偶者に関する事項」欄を記入ください。
- ⑤ 配偶者が非課税で、本年(1～7月申請の方は前年)1月1日現在で砺波市・小矢部市・南砺市以外に居住していた場合は、本年度(4～7月申請の方は前年度)非課税証明書を添付してください。

発行される証明書の名称が「非課税証明書」や「課税所得証明書」なら○ですが、「所得証明書」の場合は×です。

- ⑥ 収入等に関する申告では、受給している全ての年金の保険者に丸をつけてください。  
また、非課税年金(遺族年金・障害年金)を受給している場合は、その年金種別にも丸をつけてください。

## <非課税年金に含まれるもの>

年金保険者からの通知書などに「遺族」や「障害」が印字された年金(遺族基礎年金、遺族厚生年金など)のほか、例えば「寡婦」「かん夫」「母子」「準母子」「遺児」と印字された年金も遺族年金として判定の対象になります。

## <非課税年金に含まれないもの>

上記に該当しない年金のほか、弔慰金・給付金などは「遺族」や「障害」という単語がついた名称であっても、判定の対象となりません。

- ⑦ 「預貯金に関する申告」欄には、配偶者がいる場合、夫婦の合計額を記載してください。
- ⑧ 「預貯金額」欄に記載した金額が確認できる通帳等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、申請日の直近2か月間の取引内容と最終残額が分かる部分の写しが必要です。まずは通帳を記帳し、最新の状態にしてから写しを取ってください。  
配偶者がいる場合は、配偶者のものも必要です。  
添付がない場合は受け付けできません。

## <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？

- ⑨ 「預貯金に関する申告」欄に書き切れない場合は、別紙「預貯金に関する申告明細書」を使用し、添付してください。
- ⑩ 裏面の同意書は、配偶者がいる場合は夫婦の2人のものが必要です。  
同意書がない場合は受け付けできません。
- ⑪ 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関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)の納付を求められることがあります。