

記入例及び注意事項

※注意事項

- ・黒色のボールペンで記入してください。消せるタイプのボールペンは不可です。
- ・裏面も忘れずに記入してください。

様式第25号(第15条関係)

令和5年度の申請の場合

5

介護保険負担限度額認定申請書

提出日

令和 5年 7月 1日

大洲市長 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

介護保険の被保険者番号

フリガナ	オオズ タロウ		被保険者番号											
被保険者氏名	大洲 太郎		0	0	0	0	0	1	2	3	4	5		
生年月日	昭和10年 1月 11日		個人番号											
性別	男・女		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	(〒 795 - 0012) 電話番号 (0893) 12-3456 大洲市大洲123-456													
介護保険入所(院)施設の所在地及び名称	所在地	(〒 795 - 0064) 電話番号 (0893) 78-9012 大洲市東大洲123-456	(※)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利用の方は、記入不要です。											
	名称	介護老人保健施設 大洲												
入所(院)年月日	令和5年 5月 15日													

住民票の住所

ショートステイ利用の場合は記入不要

世帯が別の配偶者や内縁関係の方も含む。

令和5年1月1日現在、大洲市に住民票がない場合のみ記入し、配偶者の非課税証明書を添付。

配偶者の有無	有・無		[無]の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ	オオズ ハナコ		個人番号											
	氏名	大洲 花子		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	住所	(〒 795 - 0072) 電話番号 (0893) 34-5678 大洲市新谷甲123-456		生年月日		昭和10年 1月 11日									
	前年度1月1日現在の住所(市外で現住所と異なる場合)	(〒 791 - 3301) 喜多郡内子町内子123-456		左記を記入した場合 配偶者の市町村民税課税状況 課税 ・ 非課税											

収入等に関する申告(該当箇所に○を記載してください。)	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/世帯全員が市民税非課税である高齢福祉年金受給者								
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯全員が 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下の方								
	<input type="checkbox"/>	市民税世帯全員が 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下の方								
<input checked="" type="checkbox"/>	市民税世帯全員が 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円超の方									
非課税年金受給	有・無		年金の種類	遺族年金・障害年金		受給額	790,000 円			
預貯金等の申告(夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また、通帳等の写しを添付して下さい。									
預貯金額	1,234,567円		有価証券・信託	0円		その他(現金・負債を含む)	タンス預金 123,456 住宅ローン -5,430,000 ※			

預貯金額は、通帳等の写しの総額を1円単位まで記入。その他欄には、タンス預金、住宅ローンなどの負債額を記入。

※内容をご記入ください。

被保険者以外の方が提出する場合、下記についてご記入ください。

フリガナ	オオズ ハナコ		事業所が提出する場合は名称等を記入	
申請者氏名	大洲 花子		日中連絡が付く連絡先	
			090-9999-9999	
申請者住所	大洲市新谷甲123-456		本人との関係	妻

申請書提出者の氏名等を記入。日中連絡が付く連絡先を必ずご記入ください。

裏面もご記入ください

同意書

大洲市長 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。

令和 5年 7月 1日 提出日

<本人>

住所 大洲市大洲 1 2 3 - 4 5 6

被保険者本人の住所・氏名

氏名 大洲 太郎

代筆の場合のみ
代筆者の氏名・続柄

代筆者 大洲 花子 続柄 妻

<配偶者>

住所 大洲市新谷甲 1 2 3 - 4 5 6

配偶者の住所・氏名

氏名 大洲 花子

代筆の場合のみ
代筆者の氏名・続柄

代筆者 続柄

※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下さい。
- (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。

注意事項をよくお読みください。

何も記入しないでください。

		交付年月日	備考		
市記入欄 ※記入しないでください		年 月 日	(所得分布の状況等を記入)		
		適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2段階		
		有効期限	<input type="checkbox"/> 第3段階①		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 第3段階②		
			<input type="checkbox"/> 第4段階(非該当)		
本人確認	被保険者	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()			
	提出者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()		個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()