

見本

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

太枠内を記入してください

次のとおり関係書類を添

めます。

フリガナ	オバナザワ タロウ	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7
被保険者氏名	尾花沢 太郎	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2
生年月日	昭和 5 年 5 月 5 日	性別	男
住所	〒999-4292 尾花沢市若葉町一丁目2番3号	連絡先	0237-22-1111
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	施設名・入所日を記入してください (短期入所の場合、不要です)		
入所(院)年月日 (※)	年 月 日	(※)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、記入不要です。	

不明の場合は空欄で構いません。

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	オバナザワ ハナコ		
氏名	尾花沢 花子		
生年月日	昭和 6 年 6 月 6 日	個人番号	2 4 6 8 9 7 5 3 1 2 4 6
住所	〒999-4292 尾花沢市若葉町一丁目2番3号		
本年1月1日現在 の住所(現住所と 異なる場合)	連絡先 0237-22-1111		
課税状況	市町村民税	課税	非課税

不明の場合は空欄で構いません。

※配偶者とは、本人(被保険者)の妻もしくは夫です

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				
	☒	③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 80.9 万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。以下同じ。				
	☐	④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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)				
	☐	⑤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 120 万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)				
預貯金等に関する申告	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 万円) 以下です。 ※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合は、③～⑤の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円) 以下です。				
	預貯金額	〇〇〇 円	有価証券 (評価概算額)	〇〇〇 円	その他 (現金・負債を含む)	(現金)※ 〇〇〇 円

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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

携帯電話でも可

※結果の送付先: 本人 ・ 申請者 ・ その他(送付先:

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) 認定結果の送付先に〇を付けてください。
- (3) ※本人住所が施設の場合、施設へ送付いたします。
- (4) ※その他の場合、送付先をご記入ください。

裏面

同意書

山形県尾花沢市長 結城 裕 様

介護保険負担限度額認定を申請します。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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

**本人（配偶者がいる方は配偶者欄も）の
氏名・住所をご記入ください。
自署の場合、押印は不要です。**

<本人>

住所 **尾花沢市若葉町一丁目2番3号**

氏名 **尾花沢 太郎**

<配偶者>

住所 **尾花沢市若葉町一丁目2番3号**

氏名 **尾花沢 花子**