

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

〇年 〇月 〇日

(申請先)

台東区長 殿

マイナンバー（個人番号）12桁の数字を記入してください。

介護保険被保険者証にある10桁の数字を記入してください。

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	タイドウ タロウ		被保険者番号	
被保険者氏名	台東 太郎		個人番号	
生年月日	明・大・ 昭 ・平 11年 11月 11日			
住所	台東区 東上野 4-5-6		連絡先	03-5246-1249
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	記入は不要です			
入所(院)年月日(※)	年 月 日 記入は不要です。			

いずれかを○で囲んでください。

配偶者の有無	有 ・ 無		右欄において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」に記入してください。	
フリガナ	タイドウ ハナコ		配偶者様のマイナンバー（個人番号）12桁の数字を記入してください。	
氏名	台東 花子			
生年月日	明・大・ 昭 ・平 12年 12月 12日		個人番号	
住所	台東区 東上野 4-5-6		連絡先	03-5246-1249
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	台東区 東上野 7-8-9		いずれかを○で囲んでください。	
課税状況	住民税	課税	・	非課税

該当する所にしてください。

被保険者本人が非課税年金を受給している場合は、該当する年金を○で囲んでください。

収入等に関する申告

該当の場合は、してください。

預貯金等に関する申告

預貯金・有価証券以外に、資産性のあるもの、換金性が高いもので、かつ価格評価の容易なもの等がある場合はご記入ください。

※通帳等の写しは別添	預貯金額	123,456円	有価証券(評価概算額)	1,000,000円	その他(現金・負債を含む)	(タンス預金)※ 100,000円 ※内容を記入して下さい
------------	------	----------	-------------	------------	---------------	-------------------------------------

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	台東 花子	連絡先(自宅・勤務先)	03-5246-1249
申請者住所	台東区 東上野 4-5-6	本人との関係	配偶者

注意事項

- この申請書における「配偶者」とは、世帯分離をしない配偶者又は婚姻関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類のものをまとめて記入してください。
- 書き切れない場合は、余白に「続きます」と記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定給付金を受け取った場合は、返還金及び最大2倍の加算金を返還する必要があります。
- 収入等に関する申告又は預貯金等に関する申告の申告内容に変更があった場合は、お申し出ください。

※ボールペンでご記入ください。（消せるボールペンは不可です。）
なお、忘れずに 申請書裏面の同意書 にもご記入ください。

とさせていただきます。
つき、支給された額

同 意 書

台東区長 殿

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、貴区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。

〇〇〇〇年 月 日

<本人>

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 太郎

<配偶者>

住所 台東区 東上野 4-5-6

氏名 台東 花子