

# 【記入例(オモテ)】

## 介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 飯塚市長  
下記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。(※ 大枠内に記入をしてください。)

フリガナ	イイツカ タロウ		申請日	令和	×	年	×	月	×	日
被保険者氏名	飯塚 太郎		介護保険被保険者番号	*	*	*	*	*	*	*
			個人番号	*	*	*	*	*	*	*
生年月日	明・大	昭	×	×	年	×	×	月	×	日
性別	男		女							
住所	〒 820-8501 飯塚市新庄5番5号									
申請時の状況	1. 施設入所(入所年月日 H××年 ×月 ×日) 2. 在宅利用(ショートステイ) 3. 未定									
介護保険施設の所在地及び名称	〒 820-×××× 電話番号: 0948-××-×××× 飯塚市新庄△番△号 特別養護老人ホーム ☆☆☆ (施設名)									
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	イイツカ ハナコ		生年月日	明・大	昭	×	×	年	×	×
氏名	飯塚 花子									
住所	被保険者住所と同じ (以下住所等について記載不要) 電話番号: _____									
本年1月1日時点の住所	現住所と同じ (以下住所等について記載不要)									
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税									
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※・障害年金】収入額の合計額が年額82万6,500円以下です。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。 <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※・障害年金】収入額の合計額が年額82万6,500円を超え120万円以下です。 <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120万円を超えます。 <small>※ 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済</small>									
預貯金等に関する申告		預貯金額	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債含)						
	本人	3,500,206	0	500,000						
	配偶者	5,608,357	0	0						
	合計	9,108,563	0	500,000						
<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は上記のとおりです。 <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり										
申請者氏名	穂波 花江		電話番号(連絡のつく番号を記載してください) 080-××××-××××							
申請者住所	〒 820-8605 飯塚市忠限523番地 ○○アパート101号室		本人との関係 長女							

※裏面の同意書等を記入してください。

注意事項 飯塚市記入欄 あり・なし  
 (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。  
 (2) 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。

老齢福祉年金	有・無	本人負担段階	1段階・2段階・3段階①・3段階②	受付印
生活保護	有・無	境界層の場合	食費 1段階・2段階・3段階①・3段階②	
境界層	該当・非該当		居住費 1段階・2段階・3段階①・3段階②	
住民税	非課税・課税	認定情報(適用期間)	年 月 日から	
預貯金等額	基準以下・基準超過	有効期間	年 月 日から	
決定事項	承認・非承認		年 月 日まで	
備考				

### 本人(施設入所・ショートステイを利用する人)に関すること

- ・氏名(フリガナ)、生年月日、性別
- ・被保険者番号  
(介護保険証などに書いてある10ケタの番号)
- ・個人番号  
(マイナンバー(12ケタのことです))
- ・住所(保険証などに記載してある、住民票上の住所です)
- ・利用する予定(している)のサービス ※施設入所の場合のみ、施設に関する情報を記載

被保険者本人の身元確認書類がない場合は、この2つの番号の記載をもって、身元確認としています。他の方法で身元確認ができる場合は、番号が分からなければ記載は不要です。

### 本人の配偶者(妻又は夫)に関すること(内縁関係を含む)

- ・配偶者の有無(未婚や死別・離縁などの理由により現在配偶者がいない場合は、以下の記載は不要です)
- ・配偶者の氏名、生年月日
- ・住所(本人と同住所の場合は記載不要です)
- ・本年1月1日時点の住所(現住所と同じ場合は記載不要です)
- ・課税状況(当てはまる方を選択してください。「課税」の場合は減額の対象外となります)

### (収入に関する申告)

・本人の収入等に当てはまるものに☑してください。

### (預貯金等に関する申告)

・本人と配偶者の預貯金について、通帳の写しなど金額を確認できる書類を添付して申告してください。  
 ※基準額を超える場合は減額の対象外となります。

### (申請者に関する情報)

実際に窓口などで手続きをする人について、記載してください。

- ・氏名
- ・電話番号  
※内容について確認が必要な時に電話をかけさせていただきますので、連絡のつく番号を記載してください
- ・住所
- ・本人との関係(本人から見た続柄)

※申請者が本人以外の場合は、裏面の委任状に記載が必要です。

# 【記入例(ウラ)】

同 意 書

**必須**

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、飯塚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まいります。

上記について相違ありません

令和  年  月  日

被保険者本人：	(氏名)	飯塚 太郎
配偶者：	(氏名)	飯塚 花子

審査のため、銀行等に預貯金残高などの調査を行うことに対する同意書です。みなさんの資産額については自己申告であり、市では把握してません。この減額措置は**所得が低く、預貯金等に余裕のない方**を対象とし、介護サービスを利用することが困難にならないように負担軽減するための制度となっていますので、このような厳密な審査を行っています。ご理解をお願いします。

なお、**同意を得られない場合は当申請を受付けることはできません。**

**(同意書欄)**

- ・同意書の内容を確認し、「上記について相違ありません」にシ点チェック
- ・記入日
- ・被保険者本人(表面の被保険者と同一)の氏名
- ・配偶者の氏名(表面で「配偶者有」と回答した場合のみ。いない場合は空欄です)

委 任 状

**本人以外が申請をするとき**

介護保険手続きに関することを下記のとおり委任します。

令和  年  月  日

※ 委任状は、委任する方がすべて記入してください。  
 ※ 代筆する場合は、代筆する方がすべて記入してください。

私 (委任者)	氏名	飯塚 太郎		
	住所	飯塚市新庄5番5号		
	生年月日	明・大・ <input checked="" type="text" value="昭"/>	△	年 <input type="text" value="×"/> 月 <input type="text" value="×"/> 日生
	電話番号	0948 - 22 - 5500		
代理人 (受任者)	氏名	穂波 花江		
	住所	(介護支援専門職員等が受任の場合は事業所所在地) 飯塚市志限523番地 〇〇アパート101号室		
	生年月日	明・大・ <input checked="" type="text" value="昭"/>	平	××年 <input type="text" value="×"/> 月 <input type="text" value="×"/> 日生
代筆者	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人(受任者)に同じ(以下の氏名・続柄・住所・生年月日・電話番号について記載不要)			
	氏名		委任者との	続柄
	住所	(介護支援専門職員等が受任の場合は事業所所在地)		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日生
	電話番号	— —		
代筆理由	<input type="checkbox"/> 本人高齢のため <input checked="" type="checkbox"/> 本人施設入所中・入院中のため <input type="checkbox"/> 本人字が書けないため <input type="checkbox"/> その他 ( )			

記入日

**(被保険者本人に関すること)**

- ・氏名
- ・住所
- ・生年月日
- ・電話番号

**(代理人に関すること) ※オモテの申請者と同じ**

- ・氏名
- ・住所
- ・生年月日

**(代筆者に関すること)**

※委任状を本人以外が記入したときのみ  
 ※代筆者が代理人と同じ場合は、「代理人(受任者)に同じ」にし、代筆理由のみ選択

- ・氏名
- ・続柄
- ・住所
- ・生年月日
- ・電話番号