

介護保険負担限度額認定申請書

記入方法

(宛先) 春日井市長

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 被保険者氏名	押印不要		個人番号	
生年月日	年	月	日	介護保険被保険者番号を記入してください。
住 所	〒 連絡先			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称	〒 被保険者本人が申請日時点で施設に入所している場合は記入。 施設には入所はしておらず、ショートステイ利用のために申請する場合は記入不要です。			
入所（院） 年月日	年	月	日	

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」については、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ 氏名	「世帯分離をした別世帯の配偶者」や「事実上婚姻状態にある」方も含まれます。		
	生年月日			
	住 所	〒 連絡先		
	本年 1 月 1 日現在 の住所（現住所と異なる場合は 別紙に記入）			
該当するものに○をつけてください。		市町村民税	課税 ・ 非課税	該当する非課税年金に○をつけてください。 ※遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

収入等に関する 申告	☐ 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢者		
	☐ 市町村民税世帯非課税者 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（受給している年金に○をしてください）の合計額	※ 円	
預貯金等に関する 申告（夫婦の 場合は合計額）	預貯金額	預貯金等に関する申告は別紙に記入し、通帳写しを添付してください。	

申請者氏名	連絡先	
申請者住所 〒	申請者が本人の場合には記入不要です。	本人との関係

※ 課税年金収入額＋合計所得金額(※)＋非課税年金【遺族年金・障害年金】の合計を記入してください。
(※)合計所得金額とは地方税法第292条第1項第13号に定める合計所得金額から、年金所得及び土地・建物等の譲渡所得金額に係る特別控除額を差し引いた金額となります。被保険者本人のみの金額を記入してください。
分からない場合は未記入で提出してください。市で調査します。

※注意事項

- (1) 保険者及び配偶者の課税状況及び預貯金並びに有価証券等の残高を照会することに対する同意書を添付してください。（別紙）
- (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。

◎預貯金等の範囲

対象とする預貯金等については次のとおりです。

種類	対象	確認方法
預貯金（普通・定期）	○	通帳の写し（複数ある場合は全ての通帳。インターネットバンクは口座残高ページの写し）
有価証券 （株式・国債、地方債、社債など）	○	証券会社や銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
金・銀（積み立て購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	○	購入先の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可）
投資信託	○	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
現金、タンス貯金	○	自己申告
負債（住宅ローン、借入金など）	○	借用証明書、残高証明書など

◎預金通帳の写し（例） ※コピー前に必ず記帳してください。

通帳表紙とその裏面

普通預金

おなまえ カスガイ タロウ

口座番号 1 2 3 4 5 6

〇〇銀行 △△支店

2 か月前から現在までの預金残高

3

	日付	お支払い金額	お預かり金額	差引残高	備考
1	03.01.23		繰越	330,512	
2	03.02.15	年金	120,576	451,088	
3	03.04.10	2,541	水道料	448,547	
4	03.06.01	100,000		348,547	
5	03.06.10	3,534	携帯料金	345,013	

※定期預金も必ず提出をお願いします。（総合通帳の場合、定期預金のページがあります。預入がない場合も白紙のページの写しを提出して下さい。）

・生活保護受給者及び境界層該当者は、資産の詳細についての記入及び書類の提出は不要です。