

滝沢市介護保険負担限度額認定申請書

申請者名は必ず、ご本人様またはご家族様でお願いします。

記入は、消せないペン（ボールペン等）でお願いします。

申請年月日	令和●年●月●日
申請者氏名	滝沢 太郎 続柄（ 長男 ）
申請者住所	滝沢市中鶴飼55番地 電話番号 019-684-2111
認定結果 送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他（〒） ※郵便で申請する場合で、被保険者住所以外へ送付を希望する場合は✓を入れてください。

フリガナ	タキザワ ハナコ	保険者番号	0 3 2 1 6 9
被保険者氏名	滝沢 花子	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
		個人番号	× × × × × × × × × × × ×
生年月日	昭和1年1月1日	ショートステイを利用している方は施設名及び「（ショートステイ）」と記入ください。	
住所	〒020-0692 滝沢市中鶴飼55番地		
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒020-0692 滝沢市中鶴飼55番地1 滝沢荘 電話番号019-684-●●●●		
入所(院)年月日(※)	●●年●●月●●日	※介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です	
配偶者の有無	⑦ 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。	

※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。

配偶者に関する事項	フリガナ氏名	タキザワ イチロウ	生年月日	昭和2年1月1日
		滝沢 一郎	個人番号	× × × × × × × × × × × ×
	住所	〒 同上 電話番号		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			

ご本人様と住所が一緒の場合は「同上」とご記入ください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②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"/>	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（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）・障害年金】の収入額の合計額が年額80.9万円以下です。 ※当てはまるものに○をつけて下さい。
	<input type="checkbox"/>	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（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）・障害年金】の収入額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。 ※当てはまるものに○をつけて下さい。
	<input type="checkbox"/>	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（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）・障害年金】の収入額の合計額が年額120万円を超えます。 ※当てはまるものに○をつけて下さい。

市で確認して記入するため、チェックは不要です。

必ず裏面もご記入ください。

預貯金等に関する申告		<input checked="" type="checkbox"/> <div>・預貯金、有価証券等の金額の合計が、表面②の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下、③の方は650万円（夫婦は1650万円）以下、④の方は550万円（夫婦は1550万円）以下、⑤の方は500万円（夫婦は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、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</div>		
預貯金	氏名（口座名義）	金融機関名	支店・支所名	預貯金額
	滝沢 花子	ゆうちょ銀行・農協信用金庫	八三八支店	1. 234. 567円
	滝沢 一郎	岩手銀行・農協信用金庫	滝沢支店	2. 345. 678円
	滝沢 一郎	東北銀行・農協信用金庫	滝沢支店	345. 678円
有価証券等	ご本人様及び配偶者様名義の通帳等について全て記入してください。 ※申請日から2か月以内の最終残高。 定期預金も含まれます。			
				円
				円
その他 （負債・現金等）	氏名	種類	金額	
	滝沢 一郎	負債	△500. 000円	
			円	

※注意事項

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (3) 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。

※必要書類 預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

- 預貯金（普通・定期等）…通帳の写し（銀行名・支店名・名義、申請日から2か月以内の最終残高が分かる部分、直近の年金振込が分かる部分、定期預貯金口座がある場合その有無がわかる部分）
- 有価証券（株式・国債等）…証券会社や銀行の口座残高の写し
- 負債（借入金・住宅ローン等）…借用書等

同意欄	
滝沢市長様	
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●年●●月●●日	日付は申請日と同じ日付でお願いします。
<本人>	
住所 滝沢市中鶴飼55番地	
氏名 滝沢 花子	
必ず記名の上、押印してください。 印鑑はそれぞれのものを押印くださるようお願いいたします。	代筆者氏名（関係） 滝沢 太郎（長男）
氏名 滝沢 一郎	代筆理由 本人が記入困難なため。
	代筆の場合は代筆者とご関係・代筆理由をご記入ください。