

記載例

令和 △年 △月 △日

(申請先)

尾張旭市長 殿

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	アサヒ タロウ 旭 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
生年月日	明・大・ 昭 △年 △月 △日	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 △ ×
住所	尾張旭市 △△町 △△△-△	「マイナンバー」のことで、 連絡先 △△△△-△△-△△△△	
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	特別養護老人ホーム △△△△ など	連絡先	
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。	

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。
配偶者に関する事項	フリガナ 氏名	別世帯であっても配偶者がいる場合は御記入ください。	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号
	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)	配偶者が課税の場合は、負担限度額認定の申請対象から外れますので、申請は不要です。	
	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"/>	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 checked="" 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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。(受給している年金に0してください。以下同じ。) ※ 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。以下に同じ。
	<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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" 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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。
	<input checked="" type="checkbox"/>	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、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。
夫婦の預貯金の合計額	預貯金額	有価証券(評価概算額)
	円	その他(現金・負債を含む)
	約 50,000 円	

申請者氏名	申請者住所	※内容を記入してください 合には、下記について記載は不要です。
		連絡先(自宅・勤務先)
		本人との関係

(裏面)

同意書

尾張旭市長 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>

住所 尾張旭市 △△町 △△△-△

氏名 旭 太郎

<配偶者>

住所

氏名

↑
表面で配偶者有りを選択したかたは、こちらの欄も御記入ください。

市処理欄

課長	課長補佐	係長	係	保存期間
				5年
				決裁区分
				丁
起案		年	月	日
決裁		年	月	日

(伺い)申請のとおり認定してよろしいか。