

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

白老町長殿

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	シラオイ タロウ 白老 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 ● ● ● ● ● ●
		個人番号	★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
生年月日	大・昭 ○○ 年 △△ 月	性別	男
住所	〒059-0904 白老郡白老町東町○丁目△番□号	電話番号	0144 (○△) ○○○○
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒059-○○△△ 白老郡白老町▲▲町1丁目1番1号 特別養護老人ホーム ☆☆☆		
入所(院)年月日(※)	令 7年 4月 3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。	

個人番号にはマイナンバーを記入してください

日中連絡可能な連絡先をご記入ください

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ氏名	シラオイ ハナコ 白老 花子	個人番号
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒	
	本年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒	電話番号 ()
	課税状況	町民税 課税 ・ 非課税	

配偶者は

- ・ 同一世帯でない配偶者
- ・ 事実上、婚姻関係と同様の場合にも、「有」になります。

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高齢福祉年金受給者
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金】の合計額が年額 82.65 円以下です。 ※遺族年金、遺族厚生年金、かん夫年金、母子年金準母子年金又は遺児年金を含む。以下同じ。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】の合計額が年額 82.65 円以下です。
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】の合計額が年額 82.65 円以下です。
非課税年金の保険者		<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済

該当するところにチェックを入れてください。不明な場合は未記入でも構いません。

※裏面もご記入ください。

預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）
被保険者	1, 2 1 2, 3 4 5円	3 4 5, 6 7 8円	2 0, 0 0 0円
配偶者	7 8 9, 0 1 2円	0円	2 0, 0 0 0円
合計	2, 0 0 1, 3 5 7円	3 4 5, 6 7 8円	4 0, 0 0 0円

※注意事項※

- この申請書における「世帯分離」している配偶者または内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等、有価証券等の写しを添付し、**通帳残高の合計額を記入（定期預金等も含む）してください**
- 虚偽の申告は、第1項の罰則の対象となります。

☆通帳等の写しが添付必須です☆

- 通帳の見開き部分（金融機関名、口座番号、口座名義人が確認できるページ）
- 最終残高が確認できる部分（記帳し、最新の情報でお願いいたします。申請日から過去2か月の取引歴が確認できるページ。年金受取口座については、年金の振込確認ができるよう写しをとってください。）

白老町

1 介護

（内縁関係

2 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、貴町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

被保険者 住 所 白老郡白老町東町〇丁目

氏 名 白老 太郎

配偶者 住 所 白老郡白老町東町〇丁目△番□号

氏 名 白老 花子

押印は不要です

配偶者がいる場合には、住所、氏名の記載が必要です

結果通知の送付先にチェックを入れてください。

[申請代理・代行者記入欄] 申請者が被保険者本人の場合には、下記に代行者の氏名・住所を記載は不要です。

氏名 白老 二郎	被保険者との関係 子	連絡先 0 1 4 4 - ★★ - ●●●●
住所 〒059-△△△△ 白老郡白老町〇〇町□丁目□番□号		
結果送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 施設 <input checked="" type="checkbox"/> 申請代理者

申請書の郵送提出先、お問い合わせ

〒059-0904 白老町東町4丁目6番7号

白老町役場 保健福祉部 福祉課 介護保険係 宛

電話 0144-82-5560