

記入の際の注意事項

介護保険負担限度額認定申請書

令和3年 7月 1日

(申請先)

海老名市長 殿

申請書記入日を書いてください。

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	エビナ タロウ	個人番号	99999999999
被保険者氏名	海老名 太郎	被保険者番号	0000999999
生年月日	明・大・昭 2年 2月 2日	性別	男・女
住所	〒 243-0492 海老名市勝瀬 1 7 5 番地の 1 連絡先 046-231-2111		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 243-0492 海老名市中新田 3 7 7 番地 特別養護老人ホーム ○○○○ホーム 連絡先 046-235-4952		
入所（院）年月日（※）	昭・平 令 16年 10月 10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」に記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	エビナ ハナコ
	氏名	海老名 花子
	生年月日	明・大・昭 4年 4月 4日
	住所	〒 243-0492 海老名市勝瀬 1 7 5 番地の 1 連絡先
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	●配偶者の課税状況を記入してください。※わからない場合は記入しなくても結構です。	
課税状況	市町村民税 課税	●配偶者「有」の場合、太枠内の必要事項を記入してください。
		●遺族年金・障害年金のいずれかに○をした方は、チェックしてください。
		●該当する収入状況にチェックしてください。

収入等に関する申告 (受給している年金に○をしてください)	<input type="checkbox"/> ①生活保護	●預貯金、有価証券、その他欄の合計額が基準(利用者負担段階別)以下の場合にチェックしてください。 ●預貯金等の金額を全項目に記入してください。所有していない項目には0円と記入してください。	受給している全ての年金の保険者に☑をつけてください ☑日本年金機構 ☐地方公務員共済 ☐国家公務員共済
	<input type="checkbox"/> ②市町村民税世帯非課税		
<input type="checkbox"/> 【遺族年金※・障害年金】			
<input checked="" type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税			
<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税			
預貯金等に関する申告	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300万円(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。 ※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	100,000円	有価証券(評価概算額)	0円
その他(現金・負債を含む)) ※ 0円		

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	海老名 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	046-231-2111
申請者住所	〒 海老名市勝瀬 1 7 5 番地の 1	本人との関係	息子

注 ●被保険者ご本人以外の方が提出する場合に記入してください。

照会を行う場合がありますので、裏面の「同意書」を必ず添付できません。

- (2) 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
- (3) 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、写しを添付してください。
- (4) 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。
- (5) 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。

●裏面の「同意書」を必ず記入してください。

同意書

●「同意書」の記入がされていない場合は申請書を受取することができませんので、必ず記入のうえ提出してください。

海老名市長 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、報告を求めら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3年7月1日

〈本人〉

住所 海老名市勝瀬175番地の1

氏名 海老名 太郎

●被保険者ご本人の住所・氏名を記入してください。

〈配偶者〉

住所 海老名市勝瀬175番地の1

氏名 海老名 花子

●配偶者がいる場合には、配偶者の住所・氏名を記入してください。

海老名市記入欄(申請者は記入不要です)

個人番号 [番号確認] 本人 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/>	職権確認 <input type="checkbox"/>
添付書類 本人()	職権確認 ()
交付 ()	該当・非該当
適用 ()	第1段階
有効期限	第2段階
年 月 日	第3段階①
所得	第3段階②
非課税年金	不承認

海老名市で記入しますので、
なにも書かないでください。