表面

記入例

※記入漏れのないようにして下さい。裏面もあります。

市介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年　〇月　〇日

（あて先）茅　ヶ　崎　市　長

次のとおり、食事・居住費に係る負担限度額認定を申請します。
また、減額資格の有無を公簿等で確認することに同意します。

申　請　者
（被　保　険　者）　茅ヶ崎　太郎

被保険者	氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ チガサキ　タロウ 茅ヶ崎　太郎	保険者番号	1 4 2 0 7 5
			被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
			個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	生年月日	明治・大正・昭和（昭和）　1 年　1 月　1 日		
	住　所	〒 253－8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１ 電話番号　0467（82）1111		
入所（入院）した介護保険施設 ※		名称　特別養護老人ホーム　ちがさきホーム 入所年月日　令和〇年　〇月　〇日	所在地　茅ヶ崎市茅ヶ崎〇〇 電話番号　0467（××）××××	

※　介護保険施設に入所（入院）しない場合・短期入所をご利用の場合は、記入は不要です。

配偶者の有無	有（）・無	○左記において「配偶者」とは被保険者の「妻」又は「夫」をさし、世帯分離している配偶者及び内縁関係の者を含みます。 ○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	氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ チガサキ　ハナコ 茅ヶ崎　花子	個人番号　9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
	生年月日	明治・大正・昭和（昭和）　2 年　2 月　2 日	
	住　所	〒253－8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１ 電話番号　0467（82）11	
	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（非課税）	
収入について	非課税年金受給状況	遺族年金※（）・障害年金・無 ※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。	

収入について

1　生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者

2　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の合計額が年間８０万円以下である。

3（）　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の合計額が年間８０万円超１２０万円以下である。

4　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の合計額が年間１２０万円を超える。

記入者	ﾌﾘｶﾞﾅ チガサキ　ジロウ 茅ヶ崎　次郎	被保険者との続柄	長男
記入者住所	〒 253－8686 茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１		
日中連絡の取れる電話番号	080（△△）××××	※本申請の内容についてお問い合わせさせていただく場合がございます。確実にご連絡が取れる電話番号の記入をお願いいたします。	

注意事項

(1) 記載漏れのないよう、別添の記入例をよく見てご記入ください。

(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。

受付印

被保険者本人の氏名を記入してください。
※成年後見人等がついている場合は、成年後見人等の氏名を記入してください。
記載例：（被保険者名）　成年後見人　（成年後見人名）

被保険者本人の氏名・被保険者番号・個人番号（マイナンバー）・生年月日・住所・電話番号を記入してください。
個人番号（マイナンバー）が分からない場合は、空欄で提出してください。

入所又は入院されている介護保険施設の名称、所在地、入所年月日、電話番号をご記入ください。※ショートステイや病院への入院の場合は、記入不要です。

配偶者（内縁関係の者を含む）がいる方は「有」に〇をしてください。また、配偶者の氏名・個人番号・生年月日・住所・電話番号を記入してください。課税状況については、「課税」もしくは「非課税」に〇をしてください。
配偶者がいない場合は「無」に〇をしてください。
「配偶者に関する事項」についてのご記入は不要です。

非課税年金の受給状況について、「遺族年金」、「障害年金」、「無」のいずれかに〇をしてください。
また、1から4の当てはまるものに〇をしてください。

本申請書を記入された方の氏名、住所、続柄、電話番号をご記入ください。本申請の内容についてお問い合わせさせていただく場合がございます。確実にご連絡が取れる電話番号の記入をお願いいたします。

裏面　※こちらも記入をして下さい。表面もあります。

同　意　書

茅ヶ崎市長　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、茅ヶ崎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。

令和〇年　**〇**　月　**〇**　日

＜本人＞
住所　**茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１**
氏名　**茅ヶ崎　太郎**

＜配偶者＞
住所　**茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１**
氏名　**茅ヶ崎　花子**

日付をご記入の上、被保険者本人の住所、氏名を記入してください。
※成年後見人等がついている場合は、成年後見人等の住所、氏名を記入してください。
記載例：（被保険者名）　成年後見人　（成年後見人名）

配偶者（内縁関係の者を含む）がいる方は、配偶者の住所、氏名も記入してください。

※ここから下は何も書かないで下さい。

◎市確認欄

受付担当者		申請書確認者	
次のとおり決定してよいでしょうか。			

公簿確認	□世帯非課税　□世帯課税 □老齢福祉年金　□生活保護	配偶者の課税状況	課税・非課税	預貯金の状況	該当段階の基準額以内　・　該当段階の基準額を超過（　　万円を超過）

収入の状況	合計所得金額	＋	課税年金収入額	＋	非課税年金収入額	＝	合計	※合計所得金額がマイナスの場合は、0円と置き換える。

利用者負担段階		
	□一般の施設入所者	利用者負担　第４段階
	□市町村民税世帯非課税者であって、 〔合計所得金額＋課税年金収入額＋【遺族年金※・障害年金】１２０万円超／年〕を満たす者 □利用者負担第３段階②であれば被保護者とならない者 □市町村民税課税層における特例減額措置の適用がある者	利用者負担　第３段階②
	□市町村民税世帯非課税者であって、 〔合計所得金額＋課税年金収入額＋【遺族年金※・障害年金】８０万円超１２０万円以下／年〕を満たす者 □利用者負担第３段階①であれば被保護者とならない者	利用者負担　第３段階①
	□市町村民税世帯非課税者であって、 〔合計所得金額＋課税年金収入額＋【遺族年金※・障害年金】８０万円以下／年〕を満たす者 ※　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 □利用者負担第２段階であれば被保護者とならない者	利用者負担　第２段階
	□被保護者　□老齢福祉年金受給者で市町村民税世帯非課税者 □利用者負担第１段階であれば被保護者とならない者	利用者負担　第１段階

適用年月日	・　・	審　査	・　・
有効期限	・　・	入　力	・　・

※こちらも提出書類です。
記入漏れのないようにして下さい。

預貯金等申告書

令和〇年　〇月　〇日

（あて先）茅　ヶ　崎　市　長

申　請　者（被保険者）
住所　茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１
氏名　茅ヶ崎　太郎

被保険者本人の氏名を記入してください。
※成年後見人等がついている場合は、成年後見人等の氏名を記入してください。
記載例：（被保険者名）　成年後見人　（成年後見人名）

現在、私と配偶者の預貯金等の保有状況は、下記のとおり相違ありません。

	本人	配偶者	預金先	口座番号	口座氏名（カナ）	金額
預貯金	■	□	〇〇銀行	〇〇〇〇〇	チガサキ　タロウ	2,000,000円
	■	□	△△銀行	△△△△△	チガサキ　タロウ	550,000円
	□	■	■■銀行	■■■■	チガサキ　ハナコ	220,000円
	□	□				
	□	□				
	□	□				

「本人」または「配偶者」を選択のうえ、それぞれの預貯金等の資産の状況について記載してください。

	本人	配偶者	種類	購入先の銀行等	評価概算額
有価証券等（株式・国債・地方債・社債等）	■	□	株式	◇◇銀行	3,000,000円
	□	□			

	本人	配偶者	種類	購入先の銀行等	評価概算額
金・銀	□	□			
	□	□			

	本人	配偶者	種類	購入先の銀行等	評価概算額
投資信託	□	□			
	□	□			

	本人	配偶者	種類	購入先の銀行等	評価概算額
タ	□	□			

・預貯金等の資産の状況について記入してください。配偶者（内縁関係の者を含む）がいる場合は、配偶者に係る預貯金についても額を記載してください。
・預貯金等を証する書類の写しを添付してください。通帳の写しは見開き1ページ目と記帳の最終ページが必要です。提出する通帳等の写しは申請日の直近から2か月前までのものとします。写しを用意する前にATM等で記帳していただくようお願いします。
詳細は下記の表のとおりです。

◎預貯金等の通帳の写しについて、見開き1ページ目と記帳の最終ページが必要です。

＜見開き1ページ目＞
金融機関、支店、口座番号、口座名義人が確認できる面
※上記4点が確認できる面であれば、他の面でも構いません。

普通預金
おなまえ
チガサキ　タロウ　サマ
店番号　●●●　口座番号　●●●●●●●
株式会社●●銀行　●●支店

＜最終記帳面＞
申請日の直近から2か月前までのもの
※最新の記帳にしてから写しを用意して下さい。
※定期預金について該当するものがあれば同様に写しが必要です。

普通預金（兼お借入明細）

年月日	摘　要	お支払い金額	お預り金額	差引残高
4-6-15	国民年金		180,000	2,000,000
4-6-25	ATM出金	50,000		1,950,000

申請に必要な書類

１　『茅ヶ崎市介護保険負担限度額認定申請書』（記載例を参照）
２　『同意書』（申請書の裏面になります）
３　『預貯金等申告書』（記載例を参照）
４　『上記３の預貯金等申告書に記載の預貯金等を証する書類の写し』（下記表の提出書類を参照）

※通帳の写しは口座番号等が記載されたページと記帳の最終ページが必要です。提出する通帳等の写しは申請日の直近から２か月前までのものとします。写しを用意する前に、ＡＴＭ等で記帳していただくようお願いします。

５　『登記事項証明書の写し』（成年後見人等がついている場合のみ）

※ 生活保護を受給している場合は、提出書類２，３，４の提出は必要ありません。

種類	対象か否か	提出書類
預貯金（普通・定期）	○	通帳の写し（インターネットバンクであれば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（ウエブサイトの写しも可）
金・銀（積立購入を含む）など、購入先の口座残高によって時価評価が容易に把握できる貴金属	○	購入先の銀行等の口座残高の写し（ウエ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（ウエブサイトの写しも可）
タンス預金（現金）	○	自己申告
負債（借入金・住宅ローンなど）	○	借用証書など
生命保険	×	―
自動車	×	―
貴金属（腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの）	×	―
その他高価な価値のあるもの（絵画・骨董品・家財など）	×	―

＜その他留意事項＞
・預貯金等については、資産性があるもの、換金性が高いもの、かつ価格評価が容易なものを対象とします。
・預貯金等申告書をご提出いただく上で必要な情報及び添付書類が不足している場合、申請をお受けできない場合がありますので必ずご用意ください。
・預貯金等の申告において、偽りその他の不正行為があった場合、軽減措置した額の返還に加え、最大で補足給付額の２倍の加算金を課すことが可能になりますので、適切な申請をお願いします。

申請書等は、市HPトップページ　左下部「申請書ダウンロード」→「高齢・介護関係の申請書」→「負担限度額認定申請書」より入手可能