

※この申請は、介護保険施設の入所やショートステイの食費・居住費(滞在費)について軽減を受けるためのものです。
該当するサービスを利用しない場合は、手続きをする必要はありません。

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

江南市長
下記のとおり、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	コウナン タロウ		申請日	令和 ○年 ○月 ○日									
被保険者氏名	江南 太郎		個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
			被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8
生年月日	明治・大正	昭和	11年	1月	1日	性別	男	女					
住所	〒483-0000 (連絡先: 0587-00-△△△△) 江南市○○町△△××番地												
施設の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護												
施設名	特別養護老人ホーム ○○												
入所(院)日	平成	令和	○年	○月	○日	※入所(院)日記入不要							
収入等に関する申告	年金収入	種別		○○年中の収入額									
		老齢厚生年金		777,500 円									
		遺族厚生年金		444,300 円									
		合計額		1,221,800 円									
預貯金等に関する申告	普通預金 (全ての口座合計)	6,928,300 円		定期預金 (全ての口座合計)	2,500,000 円								
		有価証券 (評価概算額)	株券1,500,000 円		その他 (現金・負債等)	タンス預金 100,000 円							

受給している全ての年金
(振込通知書、支払通知書などで確認してください。)欄が足りない場合は余白に記入してください。

普通・定期預金の残高が分かる通帳などのコピーが必要。

【配偶者について】

配偶者の有無	有・無 ※「有」の場合は以下を記入												
フリガナ	コウナン ハナコ		個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
配偶者氏名	江南 花子		生年月日	明治・大正	昭和	7年	8月	8日					
			性別	男	女								
住所	〒483-0000 (連絡先: 0587-00-△△△△) 江南市○○町△△××番地												
課税状況	市町村民税 (課税・非課税)												
預貯金等に関する申告	普通預金 (全ての口座合計)	2,560,103 円		定期預金 (全ての口座合計)	500,000 円								
		有価証券 (評価概算額)	0 円		その他 (現金・負債等)	0 円							

現金の所有などがあれば、記入してください。

通帳などのコピーが必要。

添付書類：通帳などのコピー (本人・配偶者の預貯金等の金額が確認できる書類)

添付書類を確認のうえチェックしてください。費用等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条の規定に基づき、支給額の2倍の加算金を返還していただくことがあります。

裏面あり →

同意書

江南市長

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、報告を求めす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

〈 被保険者 〉

住 所 江南市○○町△△××番地

氏 名 江南 太郎

〈 配偶者 〉

住 所 江南市○○町△△××番地

氏 名 江南 花子

【提出者について】 ※この申請に関してご連絡先となる方を記入してください。

提出者氏名	江南 藤花	被保険者との関係	長女
住 所	〒 483 - 0000 (連絡先: 090 - 0000 - △△△△) 江南市○○町△△××番地		

申告内容の確認などのためにご連絡することがあります。つながりやすい電話番号を記入してください。

記入不要

※処理欄（記入不要）

	金融機関名	支店名	種別	金額
本人			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
配偶者			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円
			普通 ・ 定期	円

<input type="checkbox"/>	届出人 身元確認	個人番号カード・運転免許証・障害者手帳・住基カード（写真あり） 介護支援専門員証・その他（ 介護保険被保険者証・介護保険負担割合証・医療保険証・診察券 その他（ ） ※2種類以上
<input type="checkbox"/>	個人番号確認	個人番号カード・通知カード（ただし氏名、住所などが住民票と一致している場合）・その他（ 受付者（ ）