

# 記入例

様式第25号(第14条関係)

表面\*

## 記入方法

### 介護保険負担限度額認定申請書

鳥取市長 様

R4年 4月 1日

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。

①本人について記入してください。

1 被保険者

フリガナ	トットリ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
氏名	鳥取 太郎	個人番号										
住所	〒680-8571 鳥取市幸町71番地 連絡先( 0857 )	生年月日	明・大・昭		3年 1月 1日		性別	男・女				
施設 (*)	名称 所在地	※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。										
	連絡先 ( )	入所年月日	令和 年 月 日									

② 配偶者について記入してください。  
※・婚姻届を提出していない事実婚の場合も含まず  
※以下の場合は対象外です。  
①DV防止法に定める配偶者からの暴力を受けた場合  
②行方不明の場合  
③ ①・②に準ずる場合

2 配偶者に関する事項

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 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(フリガナ)	トットリ ハナコ	生年月日	明・大・昭		4年 1月 1日		市町村住民税課税状況	課税・ <b>非課税</b>				
氏名	鳥取 花子	個人番号										
住所	〒680-8571 鳥取市幸町71番地 連絡先( 0857 )	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	30 - 8212									

※配偶者の課税状況が不明な場合は、空欄でかまいません。  
(市外在住の場合は所在市町村へ所得照会をかけますので、認定に時間を要する場合があります。)

3 該当するものにチェック

第1段階：生活保護受給者／市町村住民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者  
第2段階：市町村住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。】  
村税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。  
第3段階②：市町村住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。  
受給している全ての非課税年金の保険者に○をして下さい。【日本年金機構】地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済

③本人の課税状況・収入を記入してください。  
※所得段階に応じて預貯金等の基準を設定しています。

4 預貯金等に関する申告

預貯金額	1,000,000円	有価証券	200,000円	その他(現金・負債を含む)	10,000円
------	------------	------	----------	---------------	---------

④預貯金等の残高を記入してください。  
※生活保護を受給されている方につきましては、記入は不要です。

5 申請者

申請者	住所 鳥取市幸町71番地	代筆者	
被保険者			
代理人	氏名 鳥取 一郎	(申請者との関係)	
※該当する方にレチェック	(被保険者との関係) 子		
本申請についての問い合わせ先	氏名 鳥取 一郎	本人との関係	子
	連絡先	0857-30-8211	

⑤申請者について記入してください。代筆の場合は代筆者の住所・氏名を記入してください。

6 提出代行

住所	施設等	住所	
氏名	名称	名称	(担当者名)
(申請者との関係)	事業所番号		

⑥施設にて代行申請される場合は、こちらに施設名を記入してください。(住所・連絡先の記入不要)

- 注意事項
- 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又は内縁関係の者を含みます。
  - 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
  - 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
  - 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。

裏面も  
あります

# 記入例

裏面

7

同意書

鳥取市長 様

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、年金保有者又は銀行、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まいります。

R 4年 4月 1日

<本人>  
 住所 鳥取市幸町71番地  
 氏名 鳥取 太郎  
 (代筆者氏名 鳥取 一郎)

<配偶者>  
 住所 鳥取市幸町71番地  
 氏名 鳥取 花子  
 (代筆者氏名 鳥取 一郎)

⑦同意書を必ず記入してください。  
 ※生活保護を受給されている方につきましては、記入は不要です。

8

委任状

委任者(被保険者)		代理人(委任者に代わって手続きをする人)					
住所	鳥取市幸町71番地	住所	鳥取市幸町71番地				
氏名	鳥取 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">鳥取</span>	住所	鳥取 一郎				
生年月日	昭和3年1月1日	生年月日	昭和28年1月1日				
私は右記の者を代理人とし、介護保険負担限度額認定申請に関する手続きを委任します。  R 4年 4月 1日		代理人が施設等の従業員の場合は、所属する事業所を以下に記入してください。					
		施設等	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>住所</td><td></td></tr> <tr><td>名称</td><td></td></tr> <tr><td>事業所番号</td><td></td></tr> </table>	住所		名称	
住所							
名称							
事業所番号							

⑧ご本人以外が申請される場合は、委任状を記入してください。  
 ※委任者(被保険者)本人が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

※ご本人の介護保険被保険者証等、公的機関が発行した証明書等の原本(郵送の場合は写し)を提示される場合は委任状の記入は不要です。

※上記の住所は、委任者・代理人とも住民票の住所地を記入してください。  
 ※委任者(被保険者)が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。  
 【鳥取市記入欄】

被保険者本人の申請		代理人の申請		
個人番号の確認	身元確認	代理権の確認	代理人の身元確認	被保険者の個人番号の確認
個番カ(原本・写) 通知カ(原本・写) その他( )	個番カ 運免 運経 旅券 身体手帳 精神手帳 その他( )	登記事項証明 委任状 その他( )	個番カ 運免 運経 旅券 身体手帳 精神手帳 その他( )	個番カ(原本・写) 通知カ(原本・写) その他( )

※ 申請後、配偶者が亡くなった場合や預貯金残高が減った場合はあらためて申告してください。認定要件に該当すれば、申請日の属する月の初日から認定が受けられます。(基本的にさかのぼりは行いませんので、変更があった場合は速やかに申請してください。)

※預貯金額等の申告に不正があった場合、給付した額の返還に加えて給付額の最大2倍の加算金(給付額含め3倍)を課すことがあります。