

# 記入例

裏面有

## 令和4年度介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	アシヤ タロウ	個人番号										
被保険者氏名	芦屋 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大・ <b>昭</b> 10 年 1 月 1 日生											
住所	〒659-0064 芦屋市精道町7番6号 電話番号 ( 0797 ) 00 - 0000											
申請時施設区分 (口にしをつけてください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設(老健) <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所利用(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院											
介護保険施設の所在地及び名称	〒659-00XX 芦屋市00町0番0号 00特別養護老人ホーム    電話番号 ( 0797 ) XX - XXXX ※この欄はショートステイの場合には記入不要です。											
入所年月日	平成・ <b>令和</b> 3 年 4 月 1 日 ※この欄はショートステイの場合には記入不要です。											
配偶者 (内縁関係含)  ※右欄において「無」の場合は記入不要です	フリガナ	あしや はなこ	個人番号									
	氏名	芦屋 華子	生年月日	明・大・ <b>昭</b> 2 年 2 月 2 日								
	住所	〒 (同居の場合は記入不要)    電話番号 ( ) -										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	配偶者課税状況	課税 <b>非課税</b>								
非課税年金の収入に関する申告 (遺族年金・障害年金) ※該当箇所におしください	有・無	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	【遺族年金・ <b>障害年金</b> 】を受給しています									
預貯金等に関する申告 (夫婦合計) ※通帳等の写しを添付してください	預貯金額	株式・国債・有価証券等	その他(現金・負債を含む)									
	700万5000円	100万円	20万円									
芦屋市長 あて  上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額の認定を申請します。  令和 4年 8月 1日  申請者 住所 芦屋市精道町7番6号    電話番号 0797-XX-△△△△ 氏名 芦屋 一郎    続柄 長男												

[注意] 1.この申告書における「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。  
 2.年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

### 市 記入欄

確 認	備 考
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 税証明(他市に居住している配偶者) <input type="checkbox"/> 非課税年金の有無 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書	<b>■利用者負担</b> 多床室    従来型個室(特養)    従来型個室(老健等)    エ+型個室の多床室    L+型個室    食費 <input type="checkbox"/> 第1段階    0円    320円    490円    490円    820円    300円 <input type="checkbox"/> 第2段階    370円    420円    490円    490円    820円    390円 <input type="checkbox"/> 第3段階①    370円    820円    1310円    1310円    1310円    650円 <input type="checkbox"/> 第3段階②    370円    820円    1310円    1310円    1310円    1360円 <input type="checkbox"/> 境界層    円    円    円    円    円    円

審 査	決 定	決 裁 欄	課長	係長	係	受付		入 力
本人世帯	非課税・課税							/
配偶者	無・非課税・課税		承認・却下					
資産	範囲内・超過							
適 用 期 間								
令和 年 月 日								
～ 令和 5年 7月 31日								

同意書

記入例

芦屋市長 あて

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に私及び配偶者(内縁関係の者を含む)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照会することに同意します。

令和 4 年 8 月 1 日  
【本人】

住所 芦屋市精道町7番6号  
氏名 芦屋 太郎

【配偶者】

住所 芦屋市精道町7番6号  
氏名 芦屋 華子

本人または配偶者に成年後見人等がついている場合

- ①同意書に、登記事項証明書に記載の成年後見人等の住所・氏名を記入してください。
- ②登記事項証明書の写しを添付してください。  
(保佐人、補助人の場合は代理行為目録も含む)
- ③成年後見人等の本人確認書類(マイナンバーカード・免許証等の顔写真付き)の写しを添付してください。

ご提供いただいた個人情報は、負担限度額認定に関わる目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。第三者に触れることがないように、厳重な管理体制のもと、保管いたします。

■ 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	預貯金額
預貯金	☑有	預貯金先 〇〇銀行〔 △△ 支店〕	××××××円
		×××信用金庫〔 ■■ 支店〕	××××××円
	☐無	〔 支店〕	円
	〔 支店〕	円	
株式・ 国債等	☑有	種 類 株式 1,230,000株	〇〇万円
	☐無	投資信託 1,230,000口	〇〇万円
	☑有 ☐無	現金	〇〇万円
その他	☐無		円
合計			〇,〇〇〇,〇〇〇円

■ 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	預貯金額
預貯金	☑有	預貯金先 〇〇銀行〔 △△ 支店〕	××××××円
		××××銀行〔 ■■ 支店〕	〇〇〇〇〇〇円
	☐無	△△信用組合〔 〇〇 支店〕	××××××円
	〔 支店〕	円	
株式・ 国債等	☐有	種 類	円
	☑無		円
	☑有 ☐無	現金	〇〇万円
その他	☐無	借入金	-△△万円
合計			〇,〇〇〇,〇〇〇円

- 注1) 配偶者が、芦屋市以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。
- 注2) 預貯金等については、**通帳等の写しを添付してください。**  
同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。
- 注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。
- 注4) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。