

申請に必要なもの

お持ちいただくもの		ご用意できたか チェック
負担限度額認定申請書	※必ず押印してください	
同意書（負担限度額認定申請書の裏面）	※必ず押印してください	
確認する資産	お持ちいただくもの	ご用意できたか チェック
本人の預貯金（普通・定期） 定期預金等も含まれます	通帳の写し ※同じ金融機関に複数口座がある場合や、複数の金融機関に口座がある場合には、それらすべてが対象です。	
配偶者の預貯金（普通・定期） 別世帯でも配偶者がいる方は必要となります	通帳の写し ※配偶者名義の通帳・定期すべて	
有価証券 （株・国債・地方債・社債など）	証券の写し等	
金・銀など口座残高で額を確認できる 貴金属	口座残高の写し	
投資信託	信託・証券会社等の口座残高の写し	
現金	自己申告	
負債 借入金・住宅ローン等がある場合、その額を資産額から差し引くことができます	借用証書の写し（貸付額・返済期限、署名・捺印があるもの）	

資産の対象とならないもの

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）／
その他高価な価値があるもの（絵画・骨董品・家財など）

※裏面の「通帳をコピーするときの注意点について」を確認していただき、添付書類に不備がないようお願いいたします。

通帳をコピーするときの注意点について

以下の
2カ所

と

定期預金ページ
もしくは 証書

をコピーしてください

口座名義人 ■■■■■ ○○銀行
普通口座
口座番号 ~~~

通帳
見本

通帳の表紙を
一枚めくったところ

年月日	摘要	お支払い	お預かり	差引残高
29-5-1	ATM 出金	○○		□□
29-5-10	振込		○○	□□
29-6-15	国民年金		○○	□□
29-6-24	利息		○○	□□
29-7-5	電気	○○		□□
29-7-5	水道	○○		□□
29-7-17	ATM 出金	○○		□□
29-7-21	振込		○○	□□

現在の残高が記載されて
いるページ

○申請日の直近の残高がわかるように、必ず**事前に記帳してから**申請してください。
※最終記帳日から申請日まで日数が経過している場合には、記帳の上でご提出をお願いすることがあります。

○ページが変わったばかり、通帳が繰り越されたばかりなどの場合は、最終記帳日からみて**2ヶ月前**からの出入りがわかるように、**遡って**コピーしてください。

○複数口、もしくは複数の金融機関に口座をお持ちの場合には、**そのすべての口座に関して、コピーを添付してください。**

○配偶者がいる場合は、配偶者の資産等の申告も必要となります。

○**定期預金・出資証券等**もお持ちの場合には、定期預金のページ(もしくは定期預金証書等の写し)も、**必ずコピーを添付してください。**

※申請書・同意書欄・添付書類に不備・不足がある場合には、申請を受付できないことがあります。
すべての書類を揃えてからご提出をお願いいたします。

記入例

負担限度額認定申請書

平成〇〇年〇月〇日

南巨摩郡身延町長 様

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。

本人と配偶者のマイナンバーをそれぞれ記入してください

フリガナ	ミノブ タロウ	保険者番号		1	9	3	6	5	6			
被保険者氏名	身延 太郎	被保険者番号	3	6	5	0	1	2	3	4	5	6
		個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生年月日	昭和 2 年 3 月 4 日	性別	男									
住所	〒 409-3304 身延町切石●●●番地 連絡先 0556-20-4611											
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 介護保険施設に入所している場合は記入してください 連絡先											
入所（院）年月日（※）	年	月	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」については、記載不要です。	
フリガナ	ミノブ ハナコ											
氏名	身延 花子											
生年月日	昭和 3 年 4 月 5 日	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
住所	身延町梅平▲▲▲番地 連絡先 0556-62-1111											
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	別世帯の配偶者が課税の場合は原則軽減はありません（特例あり）											
課税状況	市町村民税		課税		非課税							
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者											
	<input type="checkbox"/> 市町村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】収入額の合計が年額80万円以下です。（受給している年金に○をしてください）※寡婦年金、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。										受給している全ての年金の保険者に○してください	
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村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】収入額の合計が年額80万円を超えます。（受給している年金に○をしてください）										日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	預貯金額	1,500,000 円		有価証券（評価概算額）	400,000 円		その他（現金・負債を含む）	0 円				

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。

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。
- 虚偽の申告により不正に特定入所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。

※申請書裏面の同意書は被保険者本人と本人の配偶者を記入してください

配偶者が無の場合は記入不要です

それぞれの通帳・定期等のコピーも添付してください

配偶者がいる方は夫婦での合計金額を記入してください