

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 佐倉市長

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

介護保険の被保険者番号を記入します

被 保 険 者	フリガナ		介護保険被保険者番号	0000
	氏名	佐倉 太郎	個人番号	
	住所	佐倉市〇丁目〇〇番地	個人番号を記入します ※個人番号がわからない等、記入できない場合は記入不要です	
	電話番号		電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
入所	申請内容についてお伺いする場合がありますので、 日中に連絡の取れる番号をご記入ください ※連絡先は本人以外でも結構です		※入所(院)していない場合又は ショートステイ利用の場合 は、 左欄は記入不要	

配偶者の有無	有 ・ 無	※「配偶者」には世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の方を含む ※左欄が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ	
	氏名	当てはまる方を○で囲みます ※「有」の場合は、配偶者に関する事項を必ず記入します
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ…該当の場合、この欄は記入不要 電話番号
本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ…該当の場合、この欄は記入不要	

申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯…該当の場合 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他（内容：	本人の年金の受給状況について、受給の有無と、受給している場合は年金保険者を全て選択します	記入
収入に関する申告	遺族年金の受給	有 ・ 無	※左欄が「有」の場合、年金保険者を全て選択 【日本年金機構・地方公務員共済 国家公務員共済・私学共済】
	障害年金の受給	有 ・ 無	※左欄が「有」の場合、年金保険者を全て選択 【日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済】
預貯金等に関する申告	内 訳	預貯金	有 ・ 無 〇〇〇〇〇〇 円
		有価証券	有 ・ 無 (評価概算額) 円
		その他(現金・負債等を含む)	有 ・ 無 (内容: 住宅ローン) 〇〇〇〇〇〇 円

お持ちの預貯金の合計額を忘れずに記入してください

遺族年金や障害年金を受給しているかわからないときは…

? 国民年金、厚生年金、共済年金のいずれかの年金であって、振込通知書、支払い通知書、改定通知書などに、【遺族】や【障害】と印字されていれば、遺族年金や障害年金を受給しています。
受給の有無や金額を確認したい場合は各年金保険者（日本年金機構又は共済組合等）に直接お問合せください。
※上記に該当しない年金や、弔慰金や給付金などは、【遺族】や【障害】という単語がついていても、判定の対象ではありません。「どの年金が判定の対象になるか」については、市までお問合せください。

記入例

同意書

忘れずに、ご記入ください

(宛先) 佐倉市長

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、当該報告の求めに対し、銀行等が報告することについて、私及び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 佐倉市△△○丁目○○番地○○

氏名 佐倉 太郎

<配偶者>

住所

氏名

配偶者（世帯外の配偶者、内縁関係の方を含む）がいる場合のみ記入してください

申請に必要なもの

①介護保険負担限度額認定申請書 ②同意書 ③通帳のコピー等資産の額を証するもの

* 申請書に個人番号を記入し、④または⑤をご用意ください ※個人番号を記入できない場合は、④・⑤とも不要です

④マイナンバーカード

⑤通知カード + 介護保険被保険者証（緑色）+ 介護保険負担割合証（桃色）等

※郵送の場合は、④または⑤のコピーを同封してください（④の場合は両面のコピーが必要です）

※ケアマネジャー等、本人の使用者のかたが窓口申請書をお持ちになる場合は、封筒に①～③の他に④または⑤のコピー（④の場合は両面のコピー）を入れ、封をしてお持ちください

…上記の他に本人確認に利用できる書類等、取り扱いの詳細については、佐倉市HP内「介護保険制度における個人番号（マイナンバー）の利用について」(<https://www.city.sakura.lg.jp/soshiki/kaigohokenka/oshirase/5917.html>)をご確認いただくか、佐倉市介護保険課までお問合せください（☎043-484-6174）