

※申請時に添付してください。

提出書類のチェックリスト
～ 介護保険負担限度額認定申請用 ～

以下の提出書類に漏れがないかご確認いただき、 にチェックを入れたうえで、**申請時に添付してください。** 不足や確認事項があった場合には、後日ご連絡を差し上げる場合があります。

被保険者番号：

被保険者氏名：

- 介護保険負担限度額認定申請書
- 同意書

◆ 被保険者本人名義の**すべての預貯金通帳**について

- 金融機関・支店・口座番号・口座名義のわかる部分（表紙をめくった見開きページなど）の写し
- 普通預金口座の最終残高のページの写し（申請日を基準に**直近2か月間**の入出金が確認できるページ）
 - 申請前に記帳はしましたか。申請日の**直近2か月間**の入出金がない場合には、余白に「**○月○日以降入出金なし**」と記入してください。
- 直近の年金振込が確認できるページの写し → 年金を受給していない
- 定期預金口座のページの写し → 定期預金の利用なし
 - 総合口座通帳の場合は、定期預金口座利用の有無に関わらず、添付が必要です。**利用がない場合は、定期預金口座の1ページ目（白紙）の写しを添付してください。**

◆ 配偶者名義の**すべての預貯金通帳**について → 配偶者なし

- 金融機関・支店・口座番号・口座名義のわかる部分（表紙をめくった見開きページなど）の写し
- 普通預金口座の最終残高のページの写し（申請日を基準に**直近2か月間**の入出金が確認できるページ）
 - 申請前に記帳はしましたか。申請日の**直近2か月間**の入出金がない場合には、余白に「**○月○日以降入出金なし**」と記入してください。
- 直近の年金振込が確認できるページの写し → 年金を受給していない
- 定期預金口座のページの写し → 定期預金の利用なし
 - 総合口座通帳の場合は、定期預金口座利用の有無に関わらず、添付が必要です。**利用がない場合は、定期預金口座の1ページ目（白紙）の写しを添付してください。**

◆ 被保険者本人及び配偶者について

- 預貯金以外の資産の価格評価を確認できる書類の写し → 預貯金以外の資産なし

預貯金以外の申告を要する資産の範囲及び価格評価を確認できる書類の詳細は、別紙パンフレット「負担限度額認定について」をご覧ください。