

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

城里町長 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。

フリガナ			被保険者番号				
被保険者氏名	⑩		個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
住所	連絡先						
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先						
入所（院）年月日（※）	昭・平・令	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。						
配偶者に関する事項	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号		
	住所	連絡先						
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）							
	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"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者						
	<input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい） <small>※ 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。</small>						
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下で（受給している年金に〇して下さい）						
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を越えます。（受給している年金に〇して下さい）						
	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 <small>※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（2000万円）以下です。</small>						
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円	()※ ※内容を記入して下さい

受給している全ての年金の保険者に〇して下さい

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済

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。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (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。

同意書

城里町長 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、城里町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構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

城里町長 様

記入した

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。

フリガナ	シロト 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
被保険者氏名	城里 太郎 (印)	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	明・大・昭 14年 1月 1日	性別	(男) ・ 女
住所	城里町石塚1428-25	連絡先	029-288-3111
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先		
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 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	シロト ハコ		
氏名	城里 花子		
生年月日	明・大・昭 3年 3月 3日	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
住所	城里町阿波山176	配偶者の氏名・住所等を記入して下さい ※住所が別でも必ず記入して下さい	連絡先 0269-289-2211
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			
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"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢者	受給があるときは必ず〇して下さい	
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい) ※ 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〇して下さい	
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額が年額80万円を超え、120万円以下です(受給している年金に〇して下さい)	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を越えます。(受給している年金に〇して下さい)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(2000万円)以下です。		
	預貯金額	本人 5,000,000円 妻 3,800,000円 合計 8,800,000円	有価証券(評価概算額) 本人 0円 妻 0円 合計 0円	その他(現金・負債を含む) ()円 0円

ご夫婦の預貯金等に関して記入して下さい
確認のため通帳のコピーが必要です

家族や事業所、施設の方に代行してもらう場合は記入して下さい

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。

申請者氏名	城里 花代	連絡先(自宅・勤務先)	0296-88-3111
申請者住所	城里町徳蔵637	本人との関係	子

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。

裏面もご確認下さい。

預貯金等について金融機関に照会することがあります。
それに対する同意書となります。

記入例

同意書

城里町長 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、城里町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構いません。

記入した

令和 年 月 日

〈本人〉

住所 城里町石塚 1 4 2 8 - 2 5

氏名 城里 太郎 印

〈配偶者〉

住所 城里町阿波山 1 7 6

氏名 城里 花子 印

被保険者本人と配偶者の方の住所・氏名・印
をお願いします。
(印は朱肉を使うもので押してください)