

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

多 気 町 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します。

フリガナ				被保険者番号				
被保険者氏名	㊞			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 （※）	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/町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	<input type="checkbox"/>	② 町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】収入額の合計額が 年額80万円以下です。 (受給している年金にO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。					
	<input type="checkbox"/>	③-1 町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】収入額の合計額が 年額80万円を超え、120万円以下です。					
	<input type="checkbox"/>	③-2 町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】収入額の合計額が 年額120万円を超えます。 (受給している年金にOして下さい)					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円 (同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同1500万円)以下で す。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
	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

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

多気町長 殿

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、貴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。

年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

⑩

【配偶者】

住 所

氏 名

⑩

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和3年 7月 1日

(申請先)

多気町長

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します。

Table with personal information: フリガナ (タキ タロウ), 被保険者氏名 (多気 太郎), 生年月日 (18年 1月 1日), 住所 (多気町 相可 1600番地), 連絡先 (0598-38-1113), 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 (特別養護老人ホーム), 入所(院)年月日 (26年 4月 1日).

Table with spouse information: 配偶者の有無 (有), フリガナ (タキ ハナコ), 氏名 (多気 花子), 生年月日 (18年 11月 1日), 住所 (同上), 課税状況 (市町村民税 課税, 非課税).

Table with income and savings reports: 収入等に関する申告 (Income tax status), 預貯金等に関する申告 (Savings and investments), including amounts for 預貯金額 (1,000,000), 有価証券 (500,000), and 住宅ローン (300,000).

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。

Table with applicant information: 申請者氏名 (多気 一郎), 申請者住所 (多気町 朝柄 3127番地), 連絡先 (0598-49-4511), 本人との関係 (子).

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

多気町長 殿

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、貴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3年7月1日

【本人】

住 所 多気町 相可 1600番地

氏 名 多気 太郎



【配偶者】

住 所 多気町 相可 1600番地

氏 名 多気 花子

