

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

多 氣 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 <u>年額80万円以下</u> 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。					
	<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 <u>年額80万円を超え、120万円以下</u> 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 <u>年額120万円を超えます</u> 。 (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"/> 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					
	<table border="1"> <tr> <td>預貯金額</td> <td>円</td> <td>有価証券 (評価概算額)</td> <td>円</td> <td>その他 (現金・負債を含む)</td> <td>()※ 円</td> </tr> </table>	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)
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	

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

【配偶者】

住 所

氏 名

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 6 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。

フリガナ	タキ タロウ	被保険者番号	3 9 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者氏名	多気 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生 年 月 日	明・大・ 昭 18年 1月 1日	性 別	男 ・ 女
住 所	多気町 相可 1600番地 連絡先 0598-38-1114		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〇〇市 〇〇町 〇〇 特別養護老人ホーム ●●●●●● 連絡先 △△△-△△△-△△△△		
入所（院）年月日 （※）	令和 5 年 4 月 1 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	タキ ハナコ	
	氏 名	多気 花子	
	生 年 月 日	明・大・ 昭 18年 11月 1日	個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
	住 所	同上 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 checked="" 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。				
	<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〇して下さい)				
預貯金等に関する申告	<input checked="" 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	1,000,000 円	有価証券 (評価概算額)	500,000 円	その他 (現金・負債 を含む)

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	多気 一郎	連絡先	自宅 ・勤務先 0598-49-4511
申請者住所	多気町 朝柄 3127番地	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 6 年 7 月 1 日

【本人】

住 所 多気町 相可 1 6 0 0 番地

氏 名 多気 太郎

【配偶者】

住 所 多気町 相可 1 6 0 0 番地

氏 名 多気 花子