

# 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○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120万円を超える。 (受給している年金に○して下さい)																	
	預貯金等に 関する申告	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 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者氏名	多氣 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	多氣町 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	多氣 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○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、 <input type="checkbox"/> 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80万円を超える、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、 <input type="checkbox"/> 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○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） ( 住宅ローン ) * 300,000 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	多氣 一郎	連絡先 (自宅・勤務先) 0598-49-4511
申請者住所	多氣町 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 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