

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	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	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	☐	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																
	☐	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82万6,500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。																
	☐	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82万6,500円を超え、120万円以下（受給している年金に〇して下さい）																
	☐	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	☐	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

【配偶者】

住 所

氏 名

令和 8 年 6 月 22 日

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。

介護保険施設に入所(院)している場合は記入してください。 ※入所年月日は、分からなければ空欄でも大丈夫です。

どちらかに○をしてください。

(注)別世帯、事実婚の配偶者がいる場合 → 「有」

◆配偶者が「有」の場合は、【配偶者に関する氏名、住所、生年月日、課税状況等】も記入してください。

預貯金等がある場合は、金額等を確認できる書類を提出してください【提出書類は、「更新手続きについて」の裏面をご確認ください】。

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。

子

(1) この申請者(記入者)が被保険者と異なる場合は、記入してください。

、世帯分離をしている
を複数保有している場

【裏面もご確認ください】
申請書裏面の「同意書」欄も記入して
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 8 年 6 月 22 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