

# 介護保険負担限度額認定申請書 【新規（ 年度）・ 更新（ 年度）】

田原本町長様

令和 年 月 日

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。

		保険者番号	2	9	3	6	3	9	
フリガナ 被保険者 氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
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(※)	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」について記載不要です。							
配偶 者 に 關 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)	〒 -	連絡先 ( )						
	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／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"/> ②市町村民税世帯非課税者であつて、(受給している年金に○をしてください。以下同じ。)								
	<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と【遺族年金(※)・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が、 <b>年額80.9万円以下</b> です。 (※)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市町村民税世帯非課税者であつて、								
	<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が、 <b>年額80.9万円を超える、120万円以下</b> です。								
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であつて、								
預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/> 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が、 <b>年額120万円を超える</b> です。								
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。[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の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)。 なお、第2号被保険者の方は収入に関わらず、基準額は1000万円(夫婦は2000万円)です。]								
	<input type="checkbox"/> 預貯金・有価証券・現金等は裏面のとおりです。								
申請者氏名						連絡先(自宅・携帯) ( )			
申請者住所						被保険者との続柄			

## 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。

※市町村記入欄					審査	配偶者	段階	上限	申告	口座	
本人/使者 代理人 代行申請	番号 有 無	番号確認 番号/通力 システム/他	身元確認 写付(居/運/バ/他) 証2(介証/負担/介限/健保/年金/他)	明 法定/委任/ 証明/他		代理権 無					有 無
							結果				
							認	却			

## 預貯金等に関する申告(本人分)

種類	口座名義(フリガナ)	金融機関名	(支)店名	預貯金額
預貯金		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
有価証券 等	口座名義(フリガナ)	種類・金融機関名・店名等		評価額
				円
				円
				円
現金(タンス預金含) (本人分)		金額		円
		合計額		円

## 預貯金等に関する申告(配偶者分)※配偶者がいない場合は記入不要です。

種類	口座名義(フリガナ)	金融機関名	(支)店名	預貯金額
預貯金		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
		銀行 信用金庫 農業協同組合	支店 本店 出張所	円
有価証券 等	口座名義(フリガナ)	種類・金融機関名・店名等		評価額
				円
				円
				円
現金(タンス預金含) (配偶者分)		金額		円
		合計額		円

※(本人分・配偶者分ともに)同じ種類の資産等が多く、記載しきれない場合は、別紙に記入してください

## 上記の申告に係る必要書類

種類	添付書類
預貯金 (普通預金・定期預金等)	通帳の写し (①表紙をめくってすぐの見開きページ ②直近の残高・申請日現在から直近2カ月以内の記帳明細が確認できる部分)
有価証券 (株式・国債等)	証券会社や銀行の口座残高・明細等の写し
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高・明細等の写し
金・銀などの時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の銀行等の口座残高等の写し
負債 (借入金・住宅ローン等)	借用証書・申請日時点の負債残高が確認できる書類等

## 同意書

田原本町長 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、報告を求めるに同意します。

また、田原本町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

※代筆の場合はご記入下さい 代筆した分に丸(本人分・配偶者分)

令和 年 月 日

代筆者署名

本人との続柄

<本人>  
住所

氏名

<配偶者>  
住所

氏名