

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				被保険者番号														
被保険者氏名				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。 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。								
配偶者の有無		有		・		無												
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)		〒														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って、(受給している年金に〇をしてください。以下同じ。)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、 年額80万円以下 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って、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、 年額80万円を超え、120万円以下 です。														
		<input type="checkbox"/>		④市町村民税世帯非課税者であって、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、 年額120万円を超えます。														
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。〕 預貯金・有価証券・現金等は裏面のとおりで。														

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					配偶者		段階		上限		申告		口座		
					有(課税・非課税)								有無		
					無										
					結果										
					認・却										
本人/使用者 代理人 代行申請	番号	番号確認	身元確認	明	代理権	審査									
	有無	番号/通カ システム/他	写付(居/運/バ/他)		法定/委任/ 証明/他										
						証2(介護/負担/介限/健保/年金/他)									

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	支店	円
		信用金庫	本店	
		農業協同組合	出張所	
預貯金		銀行	支店	円
		信用金庫	本店	
		農業協同組合	出張所	
預貯金		銀行	支店	円
		信用金庫	本店	
		農業協同組合	出張所	
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
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	支店	円
		信用金庫	本店	
		農業協同組合	出張所	
預貯金		銀行	支店	円
		信用金庫	本店	
		農業協同組合	出張所	
預貯金		銀行	支店	円
		信用金庫	本店	
		農業協同組合	出張所	
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
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、報告を求めることに同意します。

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