

# 介護保険負担限度額認定申請書

●●年●●月●●日

(申請先)  
各務原市長

更新申請時は、個人番号の記入は不要です。

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	カイゴ タロウ	被保険者番号	0000123456
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	123456789012
生年月日	昭和 3年 4月 5日		
住所	各務原市●●町1-100	連絡先	000-0000-0000
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	各務原市●●町1-100 特別養護老人ホーム ●●苑	連絡先	△△△-△△△-△△△△
入所(院)年月日(※)	2021年 3月 4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。	

入所(院)(予定)年月日が不明の場合は空欄で結構です。

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。
フリガナ	カイゴ ハナコ		
氏名	介護 花子		
生年月日	昭和 5年 6月 7日	個人番号	234567890113
住所	各務原市▲▲町1-10	連絡先	000-0000-0000
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／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	非課税年金を受給している場合は、対象年金に○してください	
	<input checked="" 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80万円以下です。 <small>(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※ 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。</small>		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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80万円を超え、120万円以下です。		
	<input type="checkbox"/> ⑤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、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。		
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)	(現金) ●●●, ●●●●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	介護 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	000-0000-0000
申請者住所	各務原市▲▲町1-10	本人との関係	子

## 注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

各務原市長 宛

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(以下これらを「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。)の課税状況並びに保有する預貯金及び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、市長の報告の求め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 各務原市●●町1-100

氏名 介護 太郎

代筆 介護 次郎(子)

代筆の場合は、署名の下に、代筆者氏名と続柄を記入してください。

<配偶者>

住所 各務原市▲▲町1-10

氏名 介護 花子