

介護保険負担限度額認定申請書

《記入例》

令和 年 月 日

山元町長 様

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。

被保険者番号	0000012345	個人番号	1111 2222 3456
(フリガナ)	ヤマモト タロウ	性別	男・女
被保険者氏名	山元 太郎	生年月日	明・大・昭 15年 2月 1日
住 所	〒989-2203 山元町浅生原字作田山 32 番地 電話番号 0223 (37) 1113		

※施設未入所の場合、またはショートステイ利用の場合は、下記の「入所している介護保険施設」欄は記載不要です。

入所している 介護保険施設	名 称	特別養護老人ホーム坂元苑	入所年月日	平和・令和 29年 4月 1日
	所在地	〒989-2111 山元町坂元字館下113 □送付先希望 電話番号 0223 (37)0301		

配偶者の有無	有 ・ 無 (※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」欄は記載不要です。)			
配偶者に関する事項	(フリガナ)	ヤマモト ハナコ	生年月日	明・大・昭 4年 5月 6日
	氏 名	山元 花子		
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 (※被保険者の住所と違う場合は記載してください。) 〒 () 電話番号 ()		
	1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 (※上記住所と違う場合は記載してください。) 〒		
	市町村民税	課税 ・ 非課税 (※○で囲んでください。)		

※下記の欄は自己申告となりますので、必ず点のチェックと金額の記入をお願いします。

収入等に関する申告		預貯金等に関する申告	
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/>	単身 1,000 万円、夫婦で 2,000 万円以下
<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下です。	<input checked="" type="checkbox"/>	単身 650 万円、夫婦で 1,650 万円以下
<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以上 120 万円以下です。	<input type="checkbox"/>	単身 550 万円、夫婦で 1,550 万円以下
<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 120 万円以上です。	<input type="checkbox"/>	単身 500 万円、夫婦で 1,500 万円以下
合計金額		1,000,000 円 (※通帳を直近で記帳し、通帳残高の合計を記入) (複数通帳がある場合は全てを足した金額を記入)	
非課税年金申告	<input checked="" type="checkbox"/> 有【遺族年金※2 ・ 障害年金】 ・ <input type="checkbox"/> 無 (受給している年金に○して下さい)		

(※1) 通帳等の写しは「口座名義人と残高がわかるページ」を添付して下さい。

(※2) 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。

申請者	氏名	山元 花子	本人との関係	妻
	住所	〒989-2203 山元町浅生原字作田山32番地 □送付先希望 電話番号 0223 (37)1113		

【裏面の同意書にも記入をお願いします】

同意書

山元町長 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。）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、照会することに同意します。

また、貴町長の照会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。

令和 年 月 日

本人	住所	山元町浅生原字作田山32番地
	氏名	山元 太郎
配偶者	住所	山元町浅生原字作田山32番地
	氏名	山元 花子

※下記の注意事項を熟読の上、記載内容をご確認ください。

【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、又は内縁関係のものを含みます。
- 預貯金等に関する申告については、所有する預貯金等の合計金額を記入し通帳等の写しを添付して下さい。書き切れない場合は、余白に記入するか、別紙に記載の上、添付して下さい。
- 不正に負担軽減を受けた場合には、それまでに受けた負担軽減額に加え、**最大2倍の加算金**（負担軽減額と併せ最大3倍の額）の納付を求められることがあります。

以下町記入欄

交付年月日	備考	利用者負担段階
令和 年 月 日	(所得状況等確認)	<input type="checkbox"/> 第1段階
適用開始日	世帯全員が非課税者（である・でない）	<input type="checkbox"/> 第2段階
令和 年 月 日	課税年金収入額 (円)	<input type="checkbox"/> 第3段階①
適用終了日	非課税年金収入額 (円)	<input type="checkbox"/> 第3段階②
令和 年 月 日	合計所得金額 (円)	
<input type="checkbox"/> 非該当	【非該当理由】 <input type="checkbox"/> 世帯全員の市町村民税が非課税ではないため <input type="checkbox"/> 本人、または配偶者の市町村民税が非課税ではないため <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の合計金額が基準額を超えるため	

収 受 印

--