

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

湯梨浜町長 宮脇正道 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。

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	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（※）	昭・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	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）	〒							
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、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80万円以下です。 (受給している年金にO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。						
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村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80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金にOして下さい)						
	<input type="checkbox"/>	③-2 市町村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Oして下さい)						
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。※第2号被保険者の場合、①、②、③-1、③-2の方は1000万円（夫婦は2000万円）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・携帯）
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。

【別紙】

## 資産の詳細について

被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	

① 預貯金等

※ 年金を受給している方は、年金受取口座を記載した欄の番号を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象（○印）	残高（円）
1					本人・配偶者	
2					本人・配偶者	
3					本人・配偶者	
4					本人・配偶者	
5					本人・配偶者	
6					本人・配偶者	
合 計					①	

② 有価証券等

番号	会社名	支店名	種別	名義人	対象（○印）	残高（円）
1					本人・配偶者	
2					本人・配偶者	
3					本人・配偶者	
4					本人・配偶者	
合 計					②	

③ 現金

現金 (いわゆる「タンス預金」等)	被保険者（本人）	
	配偶者等	
合 計		③

④ 負債

番号	貸主	名目	借主（○印）	残高（円）
1			本人・配偶者	
2			本人・配偶者	
3			本人・配偶者	
4			本人・配偶者	
合 計			④	
その他（現金等から負債を差し引いた額）			⑤ (③-④)	

注1) 預貯金、有価証券、負債の金額が分かる書類（通帳等の写し）を添付してください。

注2) 負債については添付された資料を確認し、最終的には預貯金等・有価証券等及び現金の合計から差し引き  
ます。

# 同意書

湯梨浜町長 宮脇正道 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 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

代筆者氏名

本人との関係

代筆した場合のみ記入してください

※提出していただいた書類は、介護保険負担限度額申請以外の用途に使用しません。  
湯梨浜町 長寿福祉課

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ● 年 ● 月 ● 日

(申請先)

湯梨浜町長 宮脇正道 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。

フリガナ	ユリハマ タロウ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者氏名	湯梨浜 太郎		個人番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
生年月日	明・大・	昭 10 年 10 月 10 日	性別	男 ・ 女											
住所	〒 682-0723 湯梨浜町大字久留〇〇番地〇 連絡先 35-〇〇〇〇														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ※介護保険施設に入所している場合は記入が必要です。(入所年月日欄も同様) 連絡先														
入所(院)年月日(※)	昭・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」については、記載不要です。													
配偶者に関する事項	フリガナ	ユリハマ ハナコ														
	氏名	湯梨浜 花子														
	生年月日	明・大・	昭 11 年 11 月 11 日	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0	0
	住所	〒 682-0723 湯梨浜町大字久留〇〇番地〇 連絡先 35-〇〇〇〇														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 ※現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。														
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 checked="" type="checkbox"/>	②市町村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80万円以下です。(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。												
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村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80万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい)												
	<input type="checkbox"/>	③-2 市町村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	<input type="checkbox"/>	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。※第2号被保険者の場合、①、②、③-1、③-2の方は1000万円(夫婦は2000万円)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	1,000,000 円	有価証券(評価概算額)	500,000 円	その他(現金・負債を含む)	(現金・負債)※ 100,000 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	湯梨浜 一郎	連絡先(自宅・勤務先・携帯)	090-1234-5678
申請者住所	湯梨浜町大字久留〇〇番地〇	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。

【別紙】

記入例

資産の詳細について

被保険者氏名	湯梨浜 太郎	被保険者番号	0001234567
		個人番号	000123456789

① 預貯金等

※ 年金を受給している方は、年金受取口座を記載した欄の番号を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象(○印)	残高(円)
①	〇〇銀行	〇〇支店	1234567	ユリハマ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/>	申請書の【預貯金等に関する申告】の「預貯金額」欄に転記してください。
2	△△銀行	××支店	1111111	ユリハマ ハナコ	本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	300,000
3	本人(および配偶者)がお持ちのすべての通帳についてご記入ください。				本人・配偶者	
4					本人・配偶者	申請書の【預貯金等に関する申告】の「有価証券」欄に転記してください。
5					本人・配偶者	
6					本人・配偶者	
合計					①	1,000,000

申請書の【預貯金等に関する申告】の「その他」欄に転記してください。

② 有価証券等

番号	会社名	支店名	種別	名義人	対象(○印)	残高(円)
1	〇〇証券株	〇〇支店		ユリハマ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・配偶者	500,000
2	本人(および配偶者)がお持ちのすべての有価証券等についてご記入ください。				本人・配偶者	
3					本人・配偶者	
4					本人・配偶者	
合計					②	500,000

③ 現金

現金 (いわゆる「タンス預金」等)	被保険者(本人)	100,000
	配偶者等	100,000
合計	③	200,000

④ 負債

番号	貸主	名目	借主(○印)	残高(円)	
1	〇〇銀行	〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・配偶者	100,000	
2	負債がある場合はご記入ください。				
3					本人・配偶者
4					本人・配偶者
合計					④
その他(現金等から負債を差し引いた額)			⑤ (③-④)	100,000	

注1) 預貯金、有価証券、負債の金額が分かる書類(通帳等の写し)を添付してください。

注2) 負債については添付された資料を確認し、最終的には預貯金等・有価証券等及び現金の合計から差し引きします。

# 同意書

湯梨浜町長 宮脇正道 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 ● 年 ● 月 ● 日

<本人>

住 所 湯梨浜町大字久留〇〇番地〇

氏 名 湯梨浜 太郎

<配偶者>

住 所 湯梨浜町大字久留〇〇番地〇

氏 名 湯梨浜 花子

代筆者氏名 湯梨浜 花子 本人との関係 妻

代筆した場合のみ記入してください

※提出していただいた書類は、介護保険負担限度額申請以外の用途に使用しません。  
湯梨浜町 長寿福祉課