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		
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(※)	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		

※世帯分離している配偶者及び内縁関係の者も配偶者として記入してください。

収入等に関する申告	□	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
	□	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82万6千500円以下です。　（受給している年金に○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。
	□	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82万6千500円を超え、120万円以下です（受給している年金に○して下さい）
	□	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○して下さい）
預貯金等に関する申告	□	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〇で囲んでください。

番号	金融機関名	支　店　名	口座番号	口座名義人	対象（〇印）	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（〇印）	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（〇印）	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　福祉課

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 8 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		
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（※）	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)		

※世帯分離している配偶者及び内縁関係の者も配偶者として記入してください。

収入等に関する申告	□	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
	☑	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82万6千500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。
	□	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82万6千500円を超え、120万円以下です（受給している年金に〇して下さい）
	□	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	□	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

(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。

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〇で囲んでください。

番号	金融機関名	支　店　名	口座番号	口座名義人	対象（〇印）	残　　高（円）
①	*〇〇銀行*	*〇〇支店*	*１２３４５６７*	*ユリハマ　タロウ*	(本人)・配偶者	*700,000*
2	*△△銀行*	*××支店*	*１１１１１１１*	*ユリハマ　ハナコ*	本人・(配偶者)	*300,000*
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	*1,000,000*

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。

② 有価証券等

番号	会　社　名	支　店　名	種　　別	名　義　人	対象（〇印）	残　　高（円）
1	*〇〇証券㈱*	*〇〇支店*		*ユリハマ　タロウ*	(本人)・配偶者	*500,000*
2					本人・配偶者	
3					本人・配偶者	
4					本人・配偶者	
合　　計					②	*500,000*

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。

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（〇印）	残　　高（円）
1	*〇〇銀行*	*〇〇〇〇〇*	(本人)・配偶者	*100,000*
2			本人・配偶者	
3			本人・配偶者	
4			本人・配偶者	
合　　計			④	*100,000*
その他（現金等から負債を差し引いた額）			⑤ (③－④)	*100,000*

負債がある場合はご記入ください。

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。