

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)  
兵庫県美方郡新温泉町長 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。

フリガナ			被保険者番号												
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	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	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"/> 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"/> 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。 <small>(受給している年金に○をして下さい)</small> <small>※ 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>													
	<input type="checkbox"/> 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。 <small>(受給している年金に○をして下さい)</small>													
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 ( ) ※	<small>(現金・負債を含む)</small>								

※内容を記入してください

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）
申請者住所	本人との関係

- 注(1) 配偶者が、新温泉町以外の市町村に居住している場合は、所得課税（非課税）証明書を添付してください。  
 注(2) 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。  
 注(3) 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。  
 注(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。  
 注(5) この申請書に記載いただいた特定個人情報（新温泉町個人情報保護条例第2条第3号に規定する特定個人情報をいう。）は、介護保険に係る事務に利用します。

**※裏面の同意書にも記入してください。**

(裏面)

## 同意書

新温泉町長 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、新温泉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 \_\_\_\_\_