

# 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												
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"/> ①生活保護受給者／②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"/> 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80.9万円以下です。(受給している年金に〇をして下さい) <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"/> 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80.9万円を超え、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)	円 ※ ( ) ※ 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	連絡先（自宅・勤務先・携帯）
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

\_\_\_\_\_

# 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)

兵庫県美方郡新温泉町長 様

提出日を記入してください。

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	0000012345
被保険者氏名	署名をしてください。	個人番号	00000000000000
生年月日	昭和0年0月0日		
住所	新温泉町浜坂2673-1	個人番号を記入してください。	
		連絡先	XXXX-XX-XXXX
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	新温泉町△△丁目△△番地 特別養護老人ホーム△△	連絡先	XXXX-XX-XXXX
入所(院)年月日(※)	令和0年0月0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	シンオンセン ハナコ		
	氏名	新温泉 花子		
	生年月日	大昭 00年00月00日	個人番号	00000000000000
	住所	新温泉町浜坂2673-1	個人番号を記入してください。	
			連絡先	0796-82-5620
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	配偶者「有」の場合に記入してください。(別世帯の場合も記入してください。)			
課税状況	市町村民税	課税	非課税	

夫婦の場合、合計額だけの記入でも構いません。  
 ※通帳の写し等を添付してください。  
**(注)要件の変更に伴い、現在認定を受けている方でも、対象外となる場合もあります。ご了承ください。**

給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者

世帯非課税者であって、額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額額80.9万円以下です。(受給している年金に○をして下さい)  
 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。

世帯非課税者であって、額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額年額80.9万円を超え、120万円以下です。

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。

預貯金等に関する申告

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	本人 2,000,000 妻 1,000,000 計 3,000,000	有価証券(評価概算額)	本人 1,000,000 妻 1,500,000 計 2,500,000	その他(現金・負債を含む)	(現金) 1,000,000 ※
------	--	-------------	--	---------------	------------------

※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)	XXXX-XX-XXXX
申請者住所	新温泉町△△丁目△△番地 特別養護老人ホーム△△	本人との関係	施設職員

- 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、  
 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  
 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  
 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  
 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。
- 被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。(申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。)

※裏面の同意書にも記入してください。

裏面も必ずお願いします。

(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

\_\_\_\_\_