

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	☐	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																			
	☐	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82.65万円以下です。(受給している年金に○をして下さい) ※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。																受給している全ての年金の保険者に○をして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	☐	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82.65万円を超え、120万円以下です。																			
	☐	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	☐	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					※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

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

兵庫県美方郡新温泉町長 様

令和 年 月 日

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
生年月日	昭和0年0月0日	個人番号を記入してください。
住所	新温泉町浜坂2673-1	連絡先
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
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。
フリガナ	シンオンセン ハナコ		
氏名	新温泉 花子		
生年月日	大昭和 00年00月00日	個人番号	0000000000000000
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。

給付者／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82.65万円以下です。(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82.65万円を超え、120万円以下です。

受給している全ての年金の保険者に○をして下さい

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

預貯金等に関する申告	☒ ①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。 ☒ ②市町村民税世帯非課税者であって、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 円 妻 1,000,000 円 計 3,000,000 円
有価証券(評価概算額)	本人 1,000,000 円 妻 1,500,000 円 計 2,500,000 円
その他(現金・負債を含む)	(現金) 1,000,000 円 ※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	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

被保険者の住所・氏名を記入

氏名

<配偶者>

住所

配偶者「有」の場合、住所・氏名を記入

※「無」の場合は未記入

氏名