

負担限度額認定申請書

年 月 日

平 川 市 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		保 険 者 番 号		0 2 2 1 0 3									
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生 年 月 日		大正・昭和・平成 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	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。(注1) (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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。											
		☐ 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。(注1)											
		☐ 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 ※ 通 帳 等 の 写 し は 別 添		☐ 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			

(注1) 令和8年7月までは、80.9万円です。

※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。

裏面も記入してください

同 意 書

平 川 市 長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公庁、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私、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、報告を求めらることに同意します。

また、平川市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