

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和 年 月 日

(申請先) 剣淵町長 様

印鑑を押してください。

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	カゴ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1
生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日	性別	男 ・ 女
住所	〒098-0300 剣淵町00町00番00号	電話番号	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒000-0000 00町00町0番0号 特別養護老人ホーム 0000	電話番号	0000-00-0000
入所(院)年月日(※)	令和 00 年 00 月 00 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。	

※個人番号の記入をお願いします。配偶者がいる場合は、配偶者の個人番号も記入をお願いします。

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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	カゴ ハナコ	生年月日
	氏名	介護 花子	昭和 00 年 00 月 00 日
	住所	〒098-0300 剣淵町00町00番00号	個人番号
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒	0000-00-0000
課税状況	該当するところにチェックを入れてください。		非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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	※該当するところに○をしてください。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	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 80 万円以下です。	保険者に○-(マル)をしてください。 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 私学共済			
	<input type="checkbox"/>	3① 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 万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	3② 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。				
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の金額が基準以下です。(基準については裏面をご覧ください。) ※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	1,234,567 円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	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)
申請者住所	〒	※申請日から直近2ヶ月以内の本人(並びに配偶者)の全ての通帳などの写しを添付ください。(預貯金などの金額と通帳の残高が一致しているか確認ください)

- 注意事項
- 家族や親族など本人以外が申請する場合ご記入ください。
  - (1) ※居室介護支援事業所などが申請する場合は、申請者氏名欄に「事業所名」、申請事業所欄は「事業所名」を記入してください。
  - (2) 「事業所などの住所」をご記入ください。
  - (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。
- ※裏面の同意書にも記入、押印をお願いします。

# 記入例

## ●「遺族年金・障害年金受給の申告」について

- ・被保険者本人が【遺族年金・障害年金】（非課税年金）を受給している場合は、種類に○をつけてください。
- ・遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。恩給は含みません。
- ・年金の振込通知書など支給額がわかる書面の写しの提出をお願いすることがあります。

## ●「収入等に関する申告」について

- ・老齢福祉年金とは、国民年金制度が発足した昭和36年4月当時に、既に高齢であったために、老齢年金の受給資格期間を満たすことができない人に対して支給される年金です。
- ・年金保険者について、年金の振込通知書や通帳の記載の確認をお願いすることがあります。

## ●「預貯金等に関する申告」について

- ・預貯金、有価証券等の金額の合計が次の基準額を超える場合は、負担限度額認定は非該当となります。

### 基準額

「2」の場合	… 《単身》650万円	《夫婦》1,650万円
「3①」の場合	… 《単身》550万円	《夫婦》1,550万円
「3②」の場合	… 《単身》500万円	《夫婦》1,500万円

## 同意書

剣淵町長 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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

また、剣淵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。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

【本人】

※ご本人が記入できない場合は、ご家族・申請書提出者などが代筆してもかまいません。

住所 剣淵町〇〇町〇〇番〇〇号

氏名 介護 太郎

介  
護

【配偶者】

住所 剣淵町〇〇町〇〇番〇〇号

氏名 介護 太郎

介  
護

配偶者がいる場合は、夫婦それぞれの印鑑をご使用ください。  
(単身の場合は、本人の欄のみの記名・押印ください。)