

介護保険負担限度額認定申請書

（宛先） 東温市長 令和 年 月 日
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。 令和 年度分

フリガナ		被保険者番号															
氏 名		個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女											
住 所																	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 - 電話番号（ ） -																
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		内縁関係の場合も含まれます。配偶者「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。														
フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日											
氏 名					個人番号												
住 所	〒 - 電話番号（ ） -																
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 - 電話番号（ ） -																
課税状況	市町村民税 課 税 ・ 非課税																

収入等に関する申告	非課税年金受給者		有 ・ 無		「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに○をしてください。												
	非課税年金の種類		遺族年金 ・ 障害年金		日本年金機構・国家公務員共済・地方公務員共済・私学共済												
	☐	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											預貯金等の基準額	単身	1,000万円		
	☐	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非課税年金収入額の合計額が年額80万円（令和7年8月から 年額80万9,000円）以下です。												夫婦	2,000万円		
	☐	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非課税年金収入額の合計額が年額80万円（令和7年8月から 年額80万9,000円）を超え、120万円以下です。												単身	650万円		
☐	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非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。											夫婦		1,650万円			
☐	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非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超え、150万円以下です。											単身	550万円				
☐	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非課税年金収入額の合計額が年額150万円を超えます。											夫婦	1,550万円				
☐	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非課税年金収入額の合計額が年額150万円を超え、180万円以下です。											単身	500万円				
☐	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非課税年金収入額の合計額が年額180万円を超えます。											夫婦	1,500万円				

預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。														
	預貯金額		円	有価証券		円	その他		円	※内容を記入して下さい						
				(評価概算額)		(現金・負債)										

被保険者以外の方が提出する場合は、下記についてご記入ください。

提出者氏名		被保険者との関係	
提出者住所（事業所名・所在地）	(連絡先：自宅・勤務先)		

決定通知書及び認定証の送付について、被保険者の住所以外への送付を希望する場合は下記についてご記入ください。

送付先住所（施設の場合は所在地及び名称）	〒 -
宛 名	

注意事項

(1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2) 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。

(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。

(裏面もご記入下さい)

同 意 書

(宛先) 東温市長

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、貴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

《被保険者》

住 所

氏 名（自署）

《配偶者》

住 所

氏 名（自署）