

介護保険負担限度額認定申請書

高森町長様

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。

フリガナ			被保険者番号															
被保険者氏名			⑤ 個人番号															
生 年 月 日			性 別															
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		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	明・大・昭・平	年	月	日	個 人 番 号												
	住 所																	
	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	☐	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																
	☐	市町村民税世帯非課税者であつて、(受給している年金に○してください) 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。 ※ 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 ○してくだ さい	
	☐	市町村民税世帯非課税者であつて、(受給している年金に○してください) 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80万円を超えます。															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	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※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				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。

同 意 書

高森町長 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（内縁関係のものを含む。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、高森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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

被保険者本人
について記入

被保険者番号を記入 7 月 7 日

本人のとおりに関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額を申請します。

フリガナ	タカモリ タロウ	押印	被保険者番号	マイナンバーを記入
被保険者氏名	高森 太郎	個人番号		
生年月日	昭和 15 年 11 月 14 日	性別	男	
住所	〒 399-3193 高森町下市田 2183 番地 1	連絡先	35-3111	
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び 名称（※）	〒 399-9999 高森町下市田 9999-9 高森苑	連絡先	35-9999	
入所（院） 年月日（※）	昭 平 28 年 6 月 1 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 氏名	フリガナ タカモリ ハナコ 高森 花子	「有」の場合は配偶者について記入		
配偶者 生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 15 年 1 月 1 日	個人番号		
配偶者 住所	〒 399-3193 高森町下市田 2183 番地 1	連絡先		配偶者のマイナンバーを記入
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	「課税」の場合は非該当		
収入等に関する 申告	☐ 生計維持世帯非課税者であつて、（受給している年金に○してください） ☒ 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。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を○してください。	受給者	受給している全ての 年金の保険者に ○してください ☒ 日本年金機構 ☐ 地方公務員 済 ☐ 国家公務員 済	
非課税年金等の受給があれば記入				
預貯金等に関する 申告	☒ 預貯金等（※）の合計額が年額80万円以下です。 ☐ 預貯金等（※）の合計額が年額80万円を超えます。	☐ 預貯金等（※）の合計額が年額80万円以下です。 ☒ 預貯金等（※）の合計額が年額80万円を超えます。	☐ 預貯金等（※）の合計額が年額80万円以下です。 ☒ 預貯金等（※）の合計額が年額80万円を超えます。	
預貯金額	15,000,000 円	有価証券	円	その他（現金・負債を含む）※内容記入してください
				現金 10 万 円
申請者氏名	高森 一郎	連絡先（自宅・勤務先）	35-3111	
申請者住所	高森町下市田 9999-9	本人との関係	子	

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。