

# 介護保険負担限度額認定申請書

## 記入例

邑楽町長様

介護保険被保険者証の番号を記入

令和〇年〇月〇日

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	オウラ タロウ	被保険者番号	0000010525
被保険者氏名	邑楽 太郎	個人番号	001004010525
生年月日	明・大・昭 2年3月4日	性別	男・女
住所	〒370-0603 邑楽町大字中野2570番地1	連絡先	0276-88-3351
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒370-0603 邑楽町大字中野3040番地 特別養護老人ホーム ○○○	連絡先	0276-88-5511
入所(院)年月日(※)	令和〇年〇月〇日	(※) 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。	

令和6年1月1日時点で邑楽町に住民票がなかった場合は、マイナンバーを記入してください。

施設入所の方のみ記入

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 オウラ ハナコ 氏名 邑楽 花子 生年月日 明・大・昭・平 2年2月2日 住所 同上 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) 同上 課税状況 市町村民税 課税・非課税	個人番号 001004010525 連絡先 0276-88-3351 令和6年1月1日時点で邑楽町に配偶者の住民票がなかった場合は、配偶者のマイナンバーを記入してください。 配偶者の町民税の課税状況

配偶者(内縁関係含む。)がいる方は記入(別居中でも記入。)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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80万円以下です。 <small>(受給している年金に○してください。以下同じ。)</small> <small>※ 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。</small>	受給している年金があれば
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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。 <small>※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。</small>	預貯金額 2,000,000 円 有価証券(評価概算額) 0 円 その他(現金・負債を含む) (現金) 100,000 円 <small>※内容を記入してください</small>

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	<p>預貯金等の確認のため、この申請書のほかに以下の書類の添付等が必要です。本人分と配偶者分の次の①から③までの通帳のコピーを添付するか、通帳の原本を窓口で提示してください。</p> <p>①通帳の2ページ目(銀行名・支店名・口座番号・口座名義が確認できるページ)</p> <p>②申請日の直近2か月以上の残高が確認できるページ</p> <p>③定期預金の額を確認できるページ</p> <p>その他、添付書類についての詳細は別紙「介護保険負担限度額認定」についてのご案内をご覧ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・配偶者が居る場合、預貯金額等はご夫婦2人の合計額を記入してください。</li> <li>・有価証券は、ご本人(被保険者)分と配偶者分の証券会社や銀行、信託の口座名義と残高の記載箇所を写しを添付してください。※ウェブサイトの写しも可。</li> <li>・現金(タンス預金など)は、金額のご記入だけで結構です。</li> </ul>
申請者住所	
注意事項	
(1) この	

# 同意書

邑楽町長 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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）、世帯員の課税状況及び保有する預貯金なら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、邑楽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 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

※本人が署名してください。本人が署名できない場合は、本人の氏名等を代筆し、代筆した方が代筆者欄に署名し、続柄を記入してください。

【代筆例】：氏名 邑楽 太郎

代筆者 邑楽 花子 (続柄 妻)

<配偶者>

※配偶者（内縁関係を含む）がいる方は、ご記入ください

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

## ※注意事項

預貯金等の申告に不正があった場合、それまでに受けた負担軽減額に加え最大2倍の加算金（負担軽減額と合わせ最大3倍の額）の納付を求めています。