

串本町長

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		個人番号	
生年月日		連絡先	
住所	介護保険施設に入所（院）していないもしくはショートステイ利用の場合は記入不要		
入所（院）した介護保険施設の所在地・名称			

配偶者の有無	無 ・ 有（必要事項を記入ください）	※個人番号不明な場合は記入不要	
配偶者の氏名	個人番号		
	生年月日		
配偶者の住所	□同上 □他：		
本年1月1日の住所	現住所と異なる場合のみ記入ください。	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税

配偶者の情報

あてはまる状況を申告

預貯金額等を記入

非課税年金の申告	非課税年金の受給		年金保険者			
	無 ・ 有（遺族年金 ・ 障害年金）		日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済			
収入等および預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 もしくは世帯全員（世帯分離している配偶者を含む。）が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	世帯全員（世帯分離している配偶者を含む。）が市町村民税非課税、本人の課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額【82万6,500円】以下 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は合計1,650万円）以下				
	<input type="checkbox"/>	世帯全員（世帯分離している配偶者を含む。）が市町村民税非課税、本人の課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額【82万6,500円】～120万円 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は合計1,550万円）以下				
	<input type="checkbox"/>	世帯全員（世帯分離している配偶者を含む。）が市町村民税非課税、本人の課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超過 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は合計1,500万円）以下				
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債)	内容: 円

※令和8年7月末分までは【 】は80万9,000円

提出者の情報	提出者氏名（事業所の場合は事業所名および担当者名）	連絡先
	□本人 □代理人：	
	提出者住所（事業所の場合は所在地）	本人との関係
	□被保険者と同じ □被保険者と別住所（下記に記載ください）	□子 □配偶者
	〒	□きょうだい
		□担当ケアマネージャー
		□その他：

送付先	(住所の記載不要) □被保険者の自宅 □提出者住所 □被保険者が入所中の介護施設
	(住所の記載必要) □担当ケアマネージャー在籍事業所 □被保険者が入院中の病院
	〒

※被保険者の自宅以外へ結果を送付する場合は、裏面の注意事項（4）をよく確認してください。

裏面の注意事項を一読してください。必ず裏面の「同意書」を記入してください。

必ず記入してください！

同意書

串本町長

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。）に私および私の配偶者（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、串本町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私および私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてかまいません。

年 月 日

本人	住所：
	氏名：

配偶者	住所：
	氏名：

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」には、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
- (3) 預貯金額には、保有しているすべての口座分の金額を記入してください。また、保有しているすべての通帳・証書等の写しを添付してください。負債（借入金、住宅ローン等）がある場合は預貯金等から差し引いて計算しますので、借用証書等の写しを添付してください。
- (4) 申請結果を本人以外に送付する場合、下記いずれかの書類（※）を添付してください。
ただし、送付先が入所施設や居宅支援事業所の場合は添付不要です。
また、本制度に関する送付先設定をすでに完了している（前年に手続きしている）場合も不要です。
※ **添付書類の例** 被保険者の「介護保険被保険者証」や「前年度の限度証」の写し、下記の委任状など
- (5) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等を支給された場合、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された額と最大 2 倍の加算金を返還していただきます。

必要書類チェックリスト / 申請前に書類が揃っているか要チェック！

すべての対象者

- 通帳の写し
- ① 定期預金がある場合、写しを同封した。
 - ② 写しの日付や残高が見切れていない。
 - ③ 配偶者がいる場合、配偶者分の写しも同封した。
- 上記の同意書に記入した。
配偶者がいる場合は配偶者分も記入した。

本人と異なる住所を送付先に設定する場合

- 注意事項（4）を確認し、必要書類を同封した。

以下の場合、注意事項（4）の書類は不要です。

- ・ 担当ケアマネージャー在籍事業所への送付
- ・ 入所している施設への送付
- ・ 本人と同一住所の家族への送付
- ・ すでに設定している「送付先」への送付
- ・ 前年と同じ家族の住所への送付

委任状

次の場合は委任状を記入する必要はありません。

- ・ 被保険者の自宅や、入所する介護施設、担当ケアマネージャーに結果を送付する場合
- ・ 注意事項（4）にある、委任状以外の書類を準備した場合

串本町長 宛

私は、私もしくは世帯員の限度額認定証の受領手続きを、代理人（ ）に委任します。

年 月 日

住所：
委任者
氏名：

被保険者との関係：

串本町長

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	クシモト タロウ	被保険者番号	不明なら空欄
被保険者氏名	串本 太郎	個人番号	不明なら空欄
生年月日	SO・O・OO	連絡先	***-***-****
住所	サンゴ台 690 番地 5		
入所（院）した介護保険施設の所在地・名称	〒649-3592 串本町サンゴ台〇〇番地 〇〇老人ホーム		

配偶者の有無	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有（必要あり）	※個人番号不明な場合は記入不要	
配偶者の氏名	串本 花子	個人番号	不明なら空欄
配偶者の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 他： 現住所と異なる場合のみ	生年月日	SO・OO・O
本年1月1日の住所		課税状況	市町村民税 課税・非課税

配偶者の情報

非課税年金の申告	無・有（遺族年金・障害年金）	年金保険者	日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済
収入等および預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 が市町村民税非課税、 合計所得金額の合計額が年額120万円を 円（夫婦は合計1,500万円）以下	金額等を記入
預貯金額	12,000,000 円	有価証券（評価概算額）	0 円
		その他（現金・負債）	現金 2万 円

【預貯金額・有価証券・その他】欄
夫婦は両名分を合計して記入する世帯収入等を
申告する
「認定対象外」
町県民税課税世帯
預貯金額や有価証
券等、保有する資
産総額が基準額
を超過する場合

※令和8年7月末分までは【 】は80万9,000円

提出者の情報	提出者氏名（事業所の場合は事業所名および担当者名）	連絡先
	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人：串本 海太郎	***-***-****
提出者住所（事業所の場合は所在地）	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と別住所（下記に記載ください）	本人との関係
	〒 649-**** 和歌山県〇〇××番地	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> きょうだい <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他：

送付先	(住所の記載不要) <input type="checkbox"/> 被保険者の自宅 <input type="checkbox"/> 提出者住所 <input type="checkbox"/> 被保険者が入所中の介護施設
	(住所の記載必要) <input checked="" type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー在籍事業所 <input type="checkbox"/> 被保険者が入院中の病院
	〒 649-3592 串本町●●〇〇番地 △△居宅支援事業所

※被保険者の自宅以外へ結果を送付する場合は、裏面の注意事項（4）をよく確認してください。

裏面の注意事項を一読してください。必ず裏面の「同意書」を記入してください。

必ず記入してください!

同意書

串本町長

介護保険負担限度額認定のために必要がある
社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）
以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並び
ことに同意します。また、串本町長の報告要求に
よび私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて

同意書がない場
合、申請を受け
付けることがで
きません。

ご注意ください

信託会
含む。
求める
、私お

〇月 〇日

本人	住所：	サング台 690 番地 5
	氏名：	串本 太郎

配偶者	住所：	同左
	氏名：	串本 花子

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」には、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
- (3) 預貯金額には、保有しているすべての口座分の金額を記入してください。また、保有しているすべての通帳・証書等の写しを添付してください。負債（借入金、住宅ローン等）がある場合は預貯金等から差し引いて計算しますので、借用証書等の写しを添付してください。
- (4) 申請結果を本人以外に送付する場合、下記いずれかの書類（※）を添付してください。
ただし、送付先が入所施設や居宅支援事業所の場合は添付不要です。
また、本制度に関する送付先設定をすでに完了している（前年に手続きしている）場合も不要です。

※ **添付書類の例** 被保険者の「介護保険被保険者証」や「前年度の限度証」の写し、下記の委任状など

- (5) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等が支給された場合、その額の返還を求め、規定に基づき、支給された額と最大2倍の加算

設定する送付先によっては、注意事項(4)の添付書類が不要となります。よくご確認ください。

必要書類チェックリスト

申請前に書類が揃っていることを確認してください。

すべての対象者

- 通帳の写し
 - ① 定期預金がある場合、写しを同封した。
 - ② 写しの日付や残高が見切れていない。
 - ③ 配偶者がいる場合、配偶者分の写しも同封した。

上記の同意書が提出されたことを証明した。

本人と異なる住所を送付先に設定する場合

注意事項(4)を確認し、必要書類を同封した。

以下の場合、注意事項(4)の書類は不要です。

- ・ 担当ケアマネージャー在籍事業所への送付
- ・ 入所している施設への送付
- ・ 本人と同一住所の家族への送付
- ・ すでに設定している「送付先」への送付
- ・ 前年と同じ家族の住所への送付

注意事項(4)の添付書類の提出が必要な場合で、被保険者の「介護保険被保険者証」や「前年度の証書」を添付できないときは、記入してください。

委任状

担当ケアマネージャーに結果を送付する場合
書類を準備した場合

串本町長 宛

私は、私もしくは世帯員の限度額認定証の受領手続きを、代理人 串本 海太郎 に委任します。

令和〇年 〇月 〇日

住所： 串本町サング台〇〇番地

委任者

氏名： 串本 花子

被保険者との関係： 妻