

令和3年度

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

申本町長

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	明・大・昭	年		月		日	性	別	男	・	女									
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（※）																				
（※）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、記入不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号																	
	氏名		生年月日																	
	住所	連絡先																		
	本年1月1日の住所（現住所と異なる場合）																			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																			

非課税年金に関する申告	非課税年金受給	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。																
	年金の種類	遺族年金・障害年金		年金保険者	日本年金機構 ・ 国家公務員共済 地方公務員共済 ・ 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 / 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であって、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80万円以下です。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）以下です。																		
	<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であって、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80万円を超え120万円以下です。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）以下です。																		
	<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であって、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120万円を超えます。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）以下です。																		
	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)	(内容)														円

## 注意事項

- 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。
- 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。
- 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・証書等の写しを添付してください。また、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。
- 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。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名（事業所の場合は事業所名及び担当者名）	連絡先（自宅・勤務先）
提出者住所（事業所の場合は所在地） 〒	本人との関係

裏面の同意書にも記入・押印してください。

# 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、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

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

## 記入例

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）の申請をお願いします。

印は不要になりました。

フリガナ	クシモト タロウ	0	0	0	0	0	0	1	2	3	4
被保険者氏名	串本 太郎	個人番号									
生年月日	明・大・ <b>昭</b> ●●年 ●月 ●日	性別	<b>男</b> ・女								
住所	串本町サンゴ台 690 番地 5										
入所（院）した介護施設	串本町●●番地 特別養護老人ホーム●● ●●年 ●月 ●●日										

ショートステイを利用する場合には記入不要です。

個人番号がわからない場合は空欄にしておいてください。記入した場合は、個人番号がわかる書類や本人確認ができる書類を提示してください。

配偶者の有無	<b>有</b> ・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	クシモト ハナコ	個人番号								
	氏名	串本 花子	生年月日	明・大・ <b>昭</b> ・平 ●●年 ●月 ●日							
	住所	串本町サンゴ台 690 番地 5									
	本年1月1日の住所（現住所と異なる場合）	連絡先 0735-62-0555									

非課税年金の受給状況について、当てはまるものに○をしてください。

状況	市町村民税 課税 ・ <b>非課税</b>		「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。								
非課税年金受給	<b>有</b> ・無		年金の種類	<b>遺族年金</b> ・障害年金		年金保険者	<b>日本年金機構</b> ・国家公務員共済 地方公務員共済・私学共済				

今年度改正があり所得区分が細分化、預貯金の上限が変更されました

<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 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であって、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 80 万円以下です。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）以下です。
<input checked="" 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であって、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 80 万円を超え 120 万円以下です。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）以下です。
<input checked="" 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であって、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 万円を超えます。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）以下です。

夫婦の場合は、合計額の記入でかまいません。

預貯金額	7,000,000 円	有価証券（評価概算額）	2,000,000 円	その他（内容 住宅ローン）（現金・負債を含む）	5,000,000 円
------	-------------	-------------	-------------	-------------------------	-------------

- 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まない。
- 遺児年金を含む。
- 合はそのすべてを計算しますので、
- してください。
- けた場合には、

申請書や添付書類の内容等について、お問い合わせする場合がありますので、被保険者本人以外の方が申請書を提出する場合は必ず記入してください。

投資信託、金銀積立、現金等の内容と金額を記入してください。ない場合は「0円」、負債がある場合は▲（マイナス）を付けて記入してください。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名（事業所の場合は事業所名及び担当者名）	串本 次郎	連絡先（自宅・勤務先）	0735-62-0562
提出者住所（事業所の場合は所在地）	〒 649-3503 串本町串本 1800	本人との関係	長男

裏面の同意書にも記入・押印してください。

# 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、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。

同意書欄の記入日・住所・氏名は手書きで記入してください。(申請書提出者等の代筆でもかまいません。)

令和 年 月 日

<本人>

住所 串本町サンゴ台 690 番地 5

氏名 串本 太郎

印は不要になりました。

<配偶者>

住所 串本町サンゴ台 690 番地 5

氏名 串本 花子

## 預貯金等の確認について

申請書には、預貯金等を確認できる書類の添付が必要です。

※生活保護を受給されている方のみ確認書類の添付は不要です。

■「預貯金等」に含まれるものと「確認書類」は以下の表のとおりです。

預貯金等に含まれるもの	確認書類
預貯金(普通・定期)	通帳、証書の写し
有価証券(株式・国債・地方債・社債など)	証券会社や銀行の口座残高の写し
金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属	購入先の口座残高の写し
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し
タンス預金(現金)	不要(申請書に金額を記入)
負債(借入金・住宅ローンなど) ※預貯金等から差し引いて計算します。 ※事業に関するものは対象外です。	借用証書など

◆生命保険、自動車、腕時計・宝石などの時価評価額の把握が難しい貴金属、絵画、骨董品、家財などの資産は、預貯金等には含まれません。

■通帳のコピーは次のようにしてください。(配偶者がいる場合は配偶者の分も必要です。)

(1) 口座名義人・銀行名・支店名・口座番号が分かるページ(通帳表紙の裏面)

普通預金  クシモト タロウ 様  ○○○銀行 △△支店	口座番号 1234567
---	-----------------

できるだけ最新の日付となるよう、申請書提出前に記帳をしてください。(最終日付が申請日より2カ月以上前の場合は、記帳をお願いすることがあります。)

年金の受取口座の場合は、直近の年金振込が分かる箇所もコピーしてください。

同じ通帳に定期・定額貯金がある場合は、そのページもコピーが必要です。

(2) 最終記帳ページ

年月日	お支払金額	お預かり金額	差引残高
29-06-03 繰越			※1,000,000
29-06-10 ATM 出金	※100,000		※900,000
29-06-15 国民年金		※120,000	※1,020,000
29-06-30 定期利息		※500	※1,020,500
.			
.			
.			
.			
29-08-01 カード	※70,000		※820,000

- 所有するすべての通帳
  - 定期預金などの証書
  - 配偶者の通帳、証書等
- これらすべてのコピーが必要です。

裏面の同意書にも記入・押印してください。

