

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
九重町長 殿

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。

年度

フリガナ			被保険者番号										
			個人番号										
被保険者氏名	⑩		性別	男 ・ 女									
			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
住 所	連絡先												
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	施設区分	介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 地域密着型介護老人福祉施設 ・ その他（ショート利用）											
	連絡先												
入所（院）年月日 （※）	昭・平・令 年 月 日		（※）ショートステイ利用の場合は、施設区分のみ ご記入下さい（その他（ショート利用））。										

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			個人番号										
	氏 名			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
	住 所	連絡先												
	本年の1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	連絡先												
	課税状況	町民税 課税 ・ 非課税		※配偶者が他市町村で課税されている 場合、 課税証明書 を添付してください。										

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/町民税が非課税の世帯である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/>	町民税が非課税の世帯であって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。（受給している年金に〇して下さい） ※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。										
	<input type="checkbox"/>	町民税が非課税の世帯であって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。（受給している年金に〇して下さい）										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）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、下記については記載は不要です。

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

- (1) 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。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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。

市町村確認欄				決裁欄		
交付年月日	年 月 日	世帯	課税 ・ 非課税	課長	リーダー	担当
適用年月日	年 月 日	配偶者	なし ・ 課税 ・ 非課税			
有効期限	年 月 日	預貯金	単身 1,000万円 以下 ・ 超			
段階区分	却下・第1・第2・第3		夫婦 2,000万円 以下 ・ 超			

同意書

九重町長 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。

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

記入例

年 月 日

(申請先)
九重町長 殿

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。

年度

フリガナ	ココノエ タロウ		被保険者番号			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0					
			個人番号			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0			
被保険者氏名	九重 太郎 <small>Ⓜ</small>		性別			男 ・ 女														
住所	九重町大字〇〇																			
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	施設区分	<input checked="" type="radio"/> 介護老人福祉施設 <input type="radio"/> 介護老人保健施設 <input type="radio"/> 介護療養型医療施設 <input type="radio"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="radio"/> その他（ショート利用）																		
	九重町大字〇〇																			
	介護老人福祉施設					〇〇〇					連絡先					〇〇 - 〇〇 - 〇〇				
入所（院）年月日（※）	昭・平・令		年	月	日	（※）ショートステイ利用の場合は、施設区分のみご記入下さい（その他（ショート利用））。														

ショートステイ利用の場合は、施設区分はその他（ショート利用）を選択してください。

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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	ココノエ ハナコ		個人番号												
	氏名	九重 花子														
	住所															
	本年の1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）															
課税状況	町民税		課税		<input checked="" type="radio"/> 非課税		※配偶者が他市町村で課税されている場合、課税証明書を添付してください。									

配偶者の方の住所が九重町以外（他市町村で課税）の場合は、課税状況の確認のため、必ず、配偶者の方の課税証明書を添付してください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/町民税が非課税の世帯である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 町民税が非課税の世帯であって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。(受給している年金に〇して下さい) ※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。 <input type="checkbox"/> 町民税が非課税の世帯であって課税年金収入額と【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。														
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円以下 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは添付してください。														
	預貯金額	100万 円			有価証券 (評価概算額)	50万円			その他 (現金・負債含む)	(現金)※ 10万 円					

夫婦の場合、お二人分を合計した金額を記入してください。

※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、下記については記載は不要です。

申請者氏名	山田 一郎	連絡先	(自宅・勤務先) 〇〇 - 〇〇 - 〇〇		
申請者住所	九重町大字〇〇 介護老人福祉施設〇〇〇		本人との関係 施設ケアマネ		

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をして
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している
- (3) 書き添えるか又は別紙に記入の上、申請書に添付してください。
- (4) 虚偽に基づき申請された場合は、申請者等に対し、介護サービス費等の支給の加算金を返還していただくことがあります。

以下記入不要です。

ご本人以外が申請書を提出する場合は、申請される方の情報を記入してください。

市町村確認欄				決裁欄		
交付年月日	年 月 日	世帯	課税 ・ 非課税	課長	リーダー	担当
適用年月日	年 月 日	配偶者	なし ・ 課税 ・ 非課税			
有効期限	年 月 日	預貯金	単身 1,000万円 以下 ・ 超			
段階区分	却下 ・ 第1 ・ 第2 ・ 第3		夫婦 2,000万円 以下 ・ 超			

同意書

九重町長 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。

年 月 日

同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず
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。)

<本人>

住所 九重町大字後野上8番地の1

氏名 九重 太郎

九重

<配偶者>

住所 九重町大字〇〇

氏名 九重 花子

九重

スタンプ印不可。
※銀行の届出印以外でも可。