

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	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)																	
	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。														

収入に関する申告	負担段階	収 入 額										預貯金額（ ）は夫婦の場合				
		1	☐	・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								1,000万円(2,000万円)以下				
		2	☐	世帯全員が 町民税 非課税	課税年金収入額と合 計所得金額と非課税 年金収入額の合計額	年額82万6500円 以下		650 万円(1,650 万円)以下								
		3 ①	☐			年額82万6500円 超120万円以下		550 万円(1,550 万円)以下								
		3 ②	☐			年額120万円超		500 万円(1,500 万円)以下								
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預貯金要件以下です。 ※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。

町確認欄						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 要件金額 以下 ・ 超			
段階区分	却下 第1 第2				夫婦 要件金額 以下 ・ 超			
	第3① 第3②							

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