

《記載例（おもて）》

## 介護保険負担限度額認定申請書

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--|--|-----|--|--|---|--|--|--|--|--|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                 | 〇〇〇 〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    | 保険者名及び番号                    | むかわ町 0 1 5 8 6 7        |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                                                                                                                                                                                                               | 〇〇 〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                    | 被保険者番号                      | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0     |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                 | 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    | 個人番号                        | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                  | 〒 000-0000<br>むかわ町〇〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                    | 性 別                         | 男 ・ 女                   |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設等の所在地及び名称                                                                                                                                                                                                      | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                    | 電話番号                        | 0000-00-0000            |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日                                                                                                                                                                                                             | 0 年 0 月 0 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    | 特養・2老健・3療養型・4介護医療院・5ショートステイ |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 負担限度額申請事由                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 第1段階<br><input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入の合計額が年額82.65万円以下 第2段階<br><input checked="" type="checkbox"/> 該当する項目に「✓」を記載<br>※1月1日現在において、むかわ町に住所がない場合は「課税課税証明書」を添付<br><input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入の合計額が年額120万円以上 第3段階② |                                                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 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」は記載不要）                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する申告                                                                                                                                                                                                            | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                    |                             | 生 年 月 日                 |  |  | 年   |  |  | 日 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                      | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 配偶者がいる場合に「すべての欄」を記載<br>＜※世帯を別に行っている場合も含む＞<br>・1月1日現在において、むかわ町に住所がない場合は「課税課税証明書」を添付 |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                      | 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                      | 課税状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 市町村民税 課税 ・ 非課税 （どちらかに○を囲んでください）                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 預貯金等の資産に関する申告（夫婦場合は合計）                                                                                                                                                                                               | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が次に示す金額以下です。<br><input checked="" type="checkbox"/> 第1段階 1,000万円（夫婦は1,650万円）<br>第3段階① 550万円（夫婦は1,550万円） 第3段階② 500万円（夫婦は1,500万円）<br>チェックをお忘れなく                                                                                                                                                                              |                                                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                      | 預貯金額                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0,000,000 円                                                                        |                             | 有価証券                    |  |  | その他 |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 添付書類                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金等に係る通帳等の写し<br>・預貯金額等を記載（夫婦の場合は合計）<br>・通帳等の写しを添付                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |
| む かわ 町 長 様<br>上記のとおり食事・居住費に係る負担限度額認定を関係書類を添えて申請をします。<br>また、申請にあたり私（被保険者）の世帯の所得及び課税状況等の確認について、裏面のとおりに同意いたします。<br>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日<br>住 所 〒 000-0000 むかわ町〇〇〇〇〇<br>申 請 者 電話番号 0000-00-0000<br>氏 名 〇〇 〇〇 被保険者との続柄（ 〇〇 ） |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    |                             |                         |  |  |     |  |  |   |  |  |  |  |  |

この書類を提出する日

※裏面の同意欄にご記入及び押印をお願いします。

### 【町記入欄】

|                            |          |  |                     |          |  |        |          |  |              |         |  |        |             |  |  |
|----------------------------|----------|--|---------------------|----------|--|--------|----------|--|--------------|---------|--|--------|-------------|--|--|
| 交 付 年 月 日                  | 令和 年 月 日 |  |                     | 適用 年 月 日 |  |        | 令和 年 月 日 |  |              | 有 効 期 限 |  |        | 令和 年 月 日 まで |  |  |
| 所得状況等を記入                   |          |  | 1 生活保護受給者／老齢福祉年金受給者 |          |  | 該当・非該当 |          |  | 合計所得額80万円以下  |         |  | 該当・非該当 |             |  |  |
| 記載しないでください                 |          |  | 合計所得額80万円～120万円     |          |  | 該当・非該当 |          |  | 合計所得額120万円以上 |         |  | 該当・非該当 |             |  |  |
| 【合計所得＋課税年金収入額＋非課税年金収入額 円】  |          |  |                     |          |  |        |          |  |              |         |  |        |             |  |  |
| ※認定結果 認定 ・ 却下 利用者負担段階 第 段階 |          |  |                     |          |  |        |          |  |              |         |  |        |             |  |  |

## 同 意 書

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・信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

この書類を提出する日

&lt;本 人&gt;

住所 むかわ町○○○○○

氏名 ○○ ○○

&lt;配偶者&gt;

住所

配偶者がいる場合に記載  
<※世帯を別になっている場合も含む>

氏名

## ※注意事項

- (1) この申告書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者または内縁関係のものを含みます。
- (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、余白に記入するかまたは別紙（任意様式）に記入のうえ、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。