

介護保険負担限度額認定申請書

下松市長 様 令和 年 月 日  
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 |  |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                              | 電話番号  |  |        |  |   |  |   |  |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称（※） | 電話番号  |  |        |  |   |  |   |  |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日（※）                      | 昭・平・令 |  | 年      |  | 月 |  | 日 |  | (※) 介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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                    | 電話番号  |  |                                          |  |       |  |     |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) |       |  |                                          |  |       |  |     |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 課税状況                   | 市町村民税 |  | 課税                                       |  | ・     |  | 非課税 |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |

|                          |                                                                                                                               |  |  |                          |                                                                                     |  |  |                   |  |  |  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------|--|--|--|
| 収 入 等 に 関 す る 申 告        |                                                                                                                               |  |  | 預 貯 金 等 に 関 す る 申 告      |                                                                                     |  |  |                   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者／<br>市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                                                                            |  |  | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が<br><u>1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下</u> です。<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり |  |  |                   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、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 80.9 万円以下です。（受給している年金に〇して下さい）<br>※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"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が<br><u>650 万円（夫婦は 1650 万円）以下</u> です。<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり  |  |  |                   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、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 80.9 万円を超え 120 万円以下です。（受給している年金に〇して下さい）                                  |  |  | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が<br><u>550 万円（夫婦は 1550 万円）以下</u> です。<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり  |  |  |                   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、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 120 万円を超えます。（受給している年金に〇して下さい）                                            |  |  | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が<br><u>500 万円（夫婦は 1500 万円）以下</u> です。<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり  |  |  |                   |  |  |  |
| ①預貯金額 円                  |                                                                                                                               |  |  | ②有価証券 (評価概算額) 円          |                                                                                     |  |  | ③その他 (現金・負債を含む) 円 |  |  |  |

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|       |             |
|-------|-------------|
| 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、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。  
(2) 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。

下松市記入欄（記入しないでください。）

|         |                                                              |   |    |      |          |
|---------|--------------------------------------------------------------|---|----|------|----------|
| 利用者負担段階 | 食 費                                                          | ： | 段階 | 審 査  |          |
|         | 居住費                                                          | ： | 段階 | 本人世帯 | 非課税 ・ 課税 |
| 添付書類確認  | <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し |   |    | 配偶者  | 非課税 ・ 課税 |
|         |                                                              |   |    | 資 産  | 範囲内 ・ 超過 |

|      |                   |    |      |    |    |
|------|-------------------|----|------|----|----|
| 適用期間 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 担当 |
| 決定日  | 令和 年 月 日          |    |      |    |    |
| 決定   | 承認 ・ 非承認          |    |      |    |    |

## 同 意 書

下松市長 様

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、貴市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

# 収入等申告書

## 1 預貯金等（本人と配偶者等）

| 金融機関名 | 支店名<br>(ゆうちょ銀行<br>の場合は記号) | 口座番号<br>(ゆうちょ銀行<br>の場合は番号) | 口座名義人<br>(○で囲む) | 残高 (円) | 市確認欄 |
|-------|---------------------------|----------------------------|-----------------|--------|------|
|       |                           |                            | 本人・配偶者          |        |      |
|       |                           |                            | 本人・配偶者          |        |      |
|       |                           |                            | 本人・配偶者          |        |      |
|       |                           |                            | 本人・配偶者          |        |      |
|       |                           |                            | 本人・配偶者          |        |      |
|       |                           |                            | 本人・配偶者          |        |      |
|       |                           |                            | 本人・配偶者          |        |      |
| 合 計 ① |                           |                            |                 |        |      |

## 2 有価証券等

| 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人<br>(○で囲む) | 残高 (円) | 市確認欄 |
|-------|-----|------|-----------------|--------|------|
|       |     |      | 本人・配偶者          |        |      |
|       |     |      | 本人・配偶者          |        |      |
|       |     |      | 本人・配偶者          |        |      |
|       |     |      | 本人・配偶者          |        |      |
| 合 計 ② |     |      |                 |        |      |

## 3 その他

### 現金

| 現金等（タンス預金） | 本 人 |  |  |
|------------|-----|--|--|
|            | 配偶者 |  |  |

### 負債

| 貸 主   | 名 目 | 対象<br>(○で囲む) | 残高 (円) | 市確認欄 |
|-------|-----|--------------|--------|------|
|       |     | 本人・配偶者       |        |      |
|       |     | 本人・配偶者       |        |      |
| 合 計 ③ |     |              |        |      |

※ 預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しを添付してください。

※ 負債分は、預貯金等から差し引きますので、借用証書等の写しを添付してください。

※ 配偶者が前年 1 月 1 日に他市に居住している場合、税の証明を添付していただくことがあります。