

【令和7年度】

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

桜井市長 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。

フリガナ			被保険者番号														
被保険者氏名			個人番号														
生年月日	大・昭 年 月 日																
住所	〒 電話番号																
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号																
入所(院)年月日(※)	年 月 日	※介護保険施設に入所(院)していない場合は、記入不要です。															
配偶者の有無	有	・	無	左記において「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」について、記入してください。													
配偶者に関する事項	フリガナ				個人番号												
	氏名				課税状況	市民税	課税	・	非課税								
	住 所	生年月日 大・昭 年 月 日 電話番号															
	本年1月1日現在の住所																
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者													受給年金保険者		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○をしてください）※ 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"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 ※ 複数選択可		
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。															
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得の合計額が年額120万円を超えます。															
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下、③の方は650万円(夫婦は1650万円)、④のかたは550万円(夫婦は1550万円)、⑤の方は500万円(夫婦は1500万円)以下です。※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～④の方は1000万円(夫婦は2000万円)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。															
預貯金等に関する申告	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)	( )円											
	申請者氏名	電話番号															
申請者住所	本人との関係																

注意事項 ※同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その合計額を記入し、すべての写しを添付してください。

※書ききれない場合は、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、支給された額の返還及び最大2倍の加算金を徴収することがあります。

交付年月日	所得状況		生活保護	有	・	無	老齢福祉年金	有	・	無
年 月 日	世帯課税状況		その他の合計所得金額 a		課税年金収入 b+(非課税年金収入) c		第1段階			
適用年月日							第2段階			
年 月 日							第3—①段階			
有効年月日							第3—②段階			
年 月 日	合計 a+b+c		【		】		非該当			

## 同意書

桜井市長 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、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 \_\_\_\_\_

※虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費（介護保険負担限度額認定者への食費や部屋代の給付を言う。）等の支給を受けた場合は、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額の返還及び最大で2倍の加算金を徴収することがあります。

代筆者

住 所

氏 名