

【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															
				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																					
収入等に関する申告	☐	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			
	☐	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。																☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済 ※ 複数選択可			
	☐	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。																			
	☐	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。																			
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①の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下、②の方は 650 万円(夫婦は 1650 万円)、③のかたは 550 万円(夫婦は 1550 万円)、④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、①～④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。

市記入欄

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	無 ・ 有		+ ()	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