介護保険負担限度額認定申請書

2025年8月～　新規

年　　月　　日

（申請先）　安芸高田市長

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。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>性　別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒
連絡先</td></tr>
<tr><td>入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）</td><td colspan="3">〒
連絡先</td></tr>
<tr><td>入所（院）年月日（※）</td><td>年　月　日</td><td colspan="2">（※）介護保険施設に入所（院）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">配偶者の有無</td><td>有　・　無</td><td colspan="2">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。</td></tr>
<tr><td rowspan="6">配偶者に関する事項</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒
連絡先</td></tr>
<tr><td>本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>課税状況</td><td colspan="3">市町村民税　課税　・　非課税</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">収入等に関する申告</td><td>□</td><td colspan="6">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</td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="6">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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が
<u>年額80.9万円以下</u>です。（受給している年金に○をしてください。以下同じ。）
※　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。</td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="6">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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が
<u>年額80.9万円を超え、120万円以下</u>です。</td></tr>
<tr><td>□</td><td colspan="6">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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が
<u>年額120万円を超え</u>ます。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">預貯金等に関する申告
※通帳等の写しは別添</td><td>□</td><td colspan="6">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）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同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、③～⑤の方は1000万円（夫婦2000万円）以下です。</td></tr>
<tr><td colspan="2">預貯金額</td><td>円</td><td>有価証券（評価概算額）</td><td>円</td><td>その他（現金・負債を含む）</td><td>（　　）※
円</td></tr>
</table>

※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保有している場合は、そのすべてを記入し、<u>通帳等の写し</u>を添付してください。

（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。

≪裏面もご記入ください≫

同　意　書

安芸高田市長　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。

年　　　　月　　　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名

＜代筆した場合＞　　　　　□　申請代理者と同じ

住所

氏名

本人との関係