

記入例

申請日を記入してください。
更新申請の場合、必ず令和〇年8月1日以降の日付にしてください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 江 差 町 長

令和〇年度

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。

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 〇 〇 〇 〇	個人番号	
フリガナ	エサシ タロウ	性別	男 ・ 女
被保険者氏名 (申請者)	江差 太郎	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 〇〇年 〇月 〇日
住 所	〒043-0000 江差町字〇〇町〇番地〇	電話番号	0139-00-0000
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒000-0000 △△市△△町△丁目△番地 介護老人保健施設△△△	電話番号	0000-△△-0000
入所(院)年月日(※)	昭・平 〇 年 〇月 〇日	(※) 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。	

住民登録地の住所をご
記入ください

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、記入不要です。	
配偶者に関する 事項	フリガナ	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 〇〇年 〇月 〇日
	氏 名	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税
	住 所	〒043-0000 江差町字〇〇町〇番地〇	電話番号 0139-00-0000
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	

収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者				
	<input checked="" type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金(※)収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金(※)収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金(※)収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円超				
預貯金等に関する 申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は650万円(同1,650万円)、③の方は550万円(同1,550万円)、④の方は500万円(同1,500万円)以下 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②~④の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
	預貯金額	1,234,567円	有価証券 (評価概算額)	1,000,000円	その他(現金・負債を含む)	現金500,000円

※非課税年金とは、遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)、障害年金です。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	北海 道男	連絡先(自宅・勤務先)	0000-△△-0000
提出者住所	△△市△△町△丁目△番地 介護老人保健施設△△△	本人との関係	施設職員

注意事項

- 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。
- 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、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

江 差 町 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、江差町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

同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入してください。
ご本人が記入できない場合は、ご家族・申請書提出者等が代筆してもかまいません。

<本人>

住所 江差町字〇〇町〇番地〇

氏名 江差 太郎

<配偶者>

住所 江差町字〇〇町〇番地〇

氏名 江差 花子

配偶者が有の場合は、預貯金等の有無に関わらず、配偶者も署名をしてください。

※町記入欄

受 付	確認欄	<input type="checkbox"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> ()	交付日	平成 年 月 日
	結果区分	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 段階 <input type="checkbox"/> 段階 <input type="checkbox"/> 非承認 <input type="checkbox"/> 本人課税 <input type="checkbox"/> 配偶者課税 <input type="checkbox"/> 資産 <input type="checkbox"/> その他	この欄には記入しないでください。	
	有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日		
	送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 入所先施設 <input type="checkbox"/> その他		