

介護保険負担限度額認定申請書(令和 年度)

大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 様 申請年月日 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 日生	配偶者の有無	有 ・ 無	
住 所	〒 電話番号				
入所した介護保険施設の所在地及び名称					
入 所 年 月 日	年 月 日		※介護保険施設に入所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・平 年 月 日生	
	住 所	☐ 被保険者と同じ	〒	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	
	本年1月1日現在の住所※	☐ 住所と同じ	〒			

※申請が1月から7月までの場合は、前年1月1日現在

収入等に関する申告 該当する段階にチェック☑	☐ 1段階	・生活保護受給者。 ・市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者。		受給している全ての年金保険者に○してください。	
	☐ 2段階	・市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円以下です。		日本年金機構 ・ 地方公務員共済 国家公務員共済 ・ 私学共済	
	☐ 3-1段階	・市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80.9万円超で120万円以下です。		非課税年金収入申告 受給している場合はチェック☑	
	☐ 3-2段階	・市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円超です。		☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ※遺族年金には、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。	
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利用者段階で定められた金額を超えません。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり ※段階別預貯金額上限は裏面下部を参照				
	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

*現金、負債以外は()内に内容記入

・太枠内は記入必須項目です。記入不備、添付書類不備があった場合は本申請書の申請者に返送をいたします。申請者欄の記入が無い場合は、被保険者本人に返送をいたします。
・結果通知は申請者に送付します。送付先を申請者以外に希望する際は、☐にチェックを入れ送付先住所をご記入ください。
・結果通知の送付先優先順位は以下になります。
①本申請書の送付先指定住所地 ②申請者住所地 ③介護保険事務所に登録済の送付先変更届出書住所地 ④被保険者の住所地

申請者氏名	被保険者本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号(自宅・勤務先・携帯Tel)	
☐ 送付先を指定する	宛 名	送付先住所 〒

備 考				
介護保険事務所記入欄	世帯状況	非 ・ 課 (本人・配偶者・世帯員)	市町受付印	
	当該年度の住基異動	無 ・ 広域間異動 ・ 転入		
	非課税年金照会	不 ・ 要	預貯金調査	介護保険事務所受付印
	給付制限	無 ・ 有	認定結果	

同 意 書

大曲仙北広域市町村圏組合 管理者 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(内縁関係の者も含む。以下同じ。)の戸籍や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、大曲仙北広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、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

※預貯金等が利用者段階別の一定額を超える方は非承認となります。

- ・ 1 段階・・・預貯金等が単身で1,000万円、夫婦2,000万円
- ・ 2 段階・・・預貯金等が単身で650万円、夫婦1,650万円
- ・ 3-1 段階・・・預貯金等が単身で550万円、夫婦1,550万円
- ・ 3-2 段階・・・預貯金等が単身で500万円、夫婦1,500万円

第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、2段階と3-1段階と3-2段階の方は預貯金等が単身で1,000万円(夫婦2,000万円)です。

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せん。
- (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、通帳等の写し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。

負担限度額認定申請チェックリスト

チェック欄		窓口確認欄
☐	住民税非課税世帯ですか？（課税世帯の方は該当しません）	☐
☐	被保険者番号、氏名、生年月日、住所は正しく記入されていますか？	☐
☐	配偶者の有無に「○」はついていますか？	☐
☐	※配偶者が「有」の場合 「配偶者に関する事項」の欄が漏れなく記入されていますか？	☐
☐	預貯金等に関する申告にチェックはありますか？ 預貯金額、有価証券、その他の欄に金額が記入されていますか？	☐
☐	※被保険者以外が提出する場合 申請者の欄は漏れなく記入されていますか？	☐
☐	申請書裏面の同意書には、手書きで記入されていますか？	☐
☐	添付書類はすべてそろっていますか？ ☐ 被保険者本人の預貯金通帳等の写し ☐ 配偶者（同居・非同居に関係なく）の預貯金通帳等の写し ※預貯金通帳等の写し ①預金通帳等数種類お持ちの際は全て ②通帳の写しを取る前に記帳して下さい ③申請日から2ヶ月前までの残高部分・直近の年金振込部分 ④金融機関名・口座番号・名義人等が記載されている部分	☐
☐	申請年月日はただしく記入されていますか？ ※申請年月日は窓口提出日（郵送の場合は投函日）	☐

※生活保護世帯や境界層該当者の方は、申請書・同意書のみ提出してください。

記入項目、添付書類に不備がある場合は受付できませんので今一度ご確認ください。

[illegible]

預貯金通帳等の写し(申請日から直近2ヶ月まで) を添付してください。

※預金通帳等数種類お持ちの際は本人及び配偶者名義である**全ての写し**添付が必要です。

★預貯金通帳写し添付時は下記①～③の部分が必要です

※通帳の写しを取る前に記帳して下さい

①表紙をめくったページ

(金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人のわかるページ)

総合貯蓄口座
カイゴ ハナコ 様

店番	111	口座番号	2222222
----	-----	------	---------

通帳発行日 30-04-01
〇〇銀行(金融機関コード:3333)
△△支店

②普通預金のページ

普通貯金				
年月日	適用	お支払い金額	お預かり金額	差引残高
30-04-02	電気	10,000		800,000
30-04-15	国民年金		200,000	1,000,000
30-04-25	ガス	10,000		990,000
30-04-27	水道	5,000		985,000
30-05-02	電気	10,000		975,000
30-05-25	ガス	10,000		965,000
30-05-28	水道	5,000		960,000
30-06-01	電気	10,000		950,000
30-06-15	国民年金		200,000	1,150,000

申請日から直近2ヶ月までの入出金部分の写しを添付して下さい

③定期預金・貯蓄預金等のページ

※総合口座等をお持ちの方で、定期預金等がある場合には定期預金部分等の写しを添付して下さい

			定期貯金
預入日または支払日	お預かり金額	利率	満期日
30-05-01	2,000,000	0.5%	31-05-01

◎預貯金等には以下のようなものが含まれます。

預貯金(普通・定期)

有価証券(株式・国債・地方債・社債など)

金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が把握できる貴金属

投資信託

ダンス預金(手持ちの現金)

負債（借入金、住宅ローンなど）

※生命保険や自動車、骨董品・絵画などは対象外です。税金等の滞納は負債ではありません。