

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年〇月〇日

勝央町長様

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。

ふりがな	しょうおう たろう	被保険者番号	6 2 2 0 0 * * * * *
被保険者氏名	勝央太郎 印	現在入所している施設の名称等の記入をお願いします。※これから入所を希望する方、ショートステイ利用の方は記載不要です。	
生年月日	明・大・昭 3年1月1日		
住所	〒709-4316 勝央町平242番地1	当てはまる方にマル 配偶者「無し」の場合は、以降の「配偶者に関する事項」欄は、記載不要です。	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地 〒709-4316 勝央町勝間田〇〇番 名称 特別養護老人ホーム 〇〇〇		
入所(院)年月日(※)	平・令 年 月 日		
配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有り	<input type="radio"/> 無し	左記において「無し」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。
配偶者との世帯(住民票上)	<input checked="" type="radio"/> 同一世帯	<input type="radio"/> 別世帯(町内在住)	<input type="radio"/> 別世帯(町外在住)
配偶者に関する事項	ふりがな	しょうおう はなこ	
	氏名	勝央花子	
	生年月日	明・大・昭 3年1月2日	個人番号
	住所	〒 同上	
前年度1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		課税状況 課税 <input type="radio"/> 非課税 <input checked="" type="radio"/>

申請前に必ずご確認ください！  
 配偶者及び世帯員全員が住民税非課税でない  
 と、認定は受けられません。

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	勝央次郎 印	TEL(自宅・勤務先)	0868-38-3111
申請者住所	〒 709-4316 勝央町勝間田201	本人との関係	息子

(裏面もご記入ください)

勝央町記入欄

申請者が被保険者本人以外の場合は、記入してください。

▽ 世帯の課税状況	→ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	▽ 保険料未納	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
▽ 配偶者課税状況	→ <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税		
▽ 申告資産合計 円	→ <input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超過		
* 高齢福祉年金/生活保護	→ <input type="checkbox"/> 受給無 <input type="checkbox"/> 受給有		
* 課税年金収入額	合計所得額	非課税年金収入額	
<input type="checkbox"/> 80万円以下 ⇒ 第2段階 <input type="checkbox"/> 80万円以上120万円 ⇒ 第3段階① <input type="checkbox"/> 120万円以上 ⇒ 第3段階②			
認定結果	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 非該当		
交付年月日	令和 年 月 日		
適用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

裏面にも、記入事項  
 があります。

収入等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している 年金にマル		1,000万円 (夫婦は2,000万円)以下
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の (受給している年金にOして下さい) 合計額が、 <b>年額80万円以下</b> です。 ※ 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。	貯金等の 基準額		650万円 (夫婦は1,650万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の (受給している年金にOして下さい) 合計額が、 <b>年額80万円を超え120万円以下</b> です。			550万円 (夫婦は1,550万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税 課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の (受給している年金にOして下さい) 合計額が、 <b>年額80万円を超え120万円以下</b> です。	受給している 年金にマル		500万円 (夫婦は1,500万円)以下
受給している全ての年金保険者にOして下さい。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私立学校共済					
預貯金等に 関する申告 (夫婦合計)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、基準額以下です。 ※ 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 投資信託	円	その他(現金・ 負債を含む) ( )※ 円 ※内容を記入してください。

注意事項

- 配偶者が、勝央町以外の市町村に居住している場合は、課税証明書を出してください。  
この申請書における「配偶者」には、同居している配偶者だけでなく、別居している配偶者も含みます。
  - 金融機関への通帳の写しを提出する場合は、本人(配偶者がいる方は夫婦両方)の通帳残高の合計金額(定期預金等も含む)を記入してください。  
**※通帳等の写しは、必ず添付してください。**  
**(夫婦の場合は、配偶者の通帳の写しも添付してください。)**
- ◎ 申請に必要なもの  
・ 預貯金等の通帳の写し(残高が確認できるページの写し。表紙から「ページ目、定期預金のページも含みます。)  
※ 配偶者がいる場合は、配偶者の通帳の写しも必要です。  
※ 通帳を複数お持ちの場合は、すべての通帳の写しが必要となりますのでご注意ください。  
・ 有価証券(株式・国債など)、負債(借入金、住宅ローンなど)借用書及び残高のわかるものの写し  
※ 負債がある場合は、預貯金等の合計額から負債の額を控除します。

同意書

勝央町長 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、勝央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 勝央町平242-1

氏 名 勝央 太郎

印

〈 配偶者 〉

住 所 勝央町平242-1

氏 名 勝央 花子

印

【代筆者】 勝央 次郎

本人(配偶者がいる方は夫婦両方)の住所・氏名の記入をお願いします。

当該欄の代筆をされる場合は、代筆者の記名をお願いします。  
※ 押印は不要です。