

記載例

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													
生年月日	明・大・昭	3	年	1	月	1	日	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。						
住所	〒709-4316 勝央町平242番地1													
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	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。									
配偶者の有無	有り	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）	同一世帯	別世帯（町内在住）	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								個人番号	
	生年月日	明・大・昭	3	年	1	月	2	日						
	住所	〒	同上	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。										
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	非課税

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	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	→	☐ 非課税	☐ 課税	▽ 保険料未納	☐ 有	☐ 無			
▽ 配偶者課税状況	→	☐ 非課税	☐ 課税						
▽ 申告資産合計	円	→	☐ 基準以下	☐ 基準超過					
* 老齢福祉年金／生活保護		→	☐ 受給無						
* 課税年金収入額	合計所得額	非課税年金収入額							
□80万9千円以下 ⇒ 第2段階 □80万9千円以上120万9千円以下 ⇒ 第3段階① □120万円以上 ⇒ 第3段階②									
認定結果	☐ 第1段階	☐ 第2段階	☐ 第3段階①	☐ 第3段階②	☐ 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 (夫婦合計)	☐	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
	☒	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】収入額の合計額が、 年額80万9千円以下 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。	(受給している年金に○して下さい)		650万円 (夫婦は1,650万円)以下
	☐	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】収入額の合計額が、 年額80万9千円を超え120万円以下 です。	(受給している年金に○して下さい)		550万円 (夫婦は1,550万円)以下
	☐	市町村民税課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が、 年額120万円を超え150万円以下 です。	(受給している年金に○して下さい)		500万円 (夫婦は1,500万円)以下
受給しているすべての年金保険者に○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)	☐	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、課税証明書を提出してください。
この申請書における「収入等」欄には、配偶者の収入等を含みます。
 - 虚偽の申告による場合は、虚偽の申告をした者に対して、罰金等の処罰が科せられます。
規定に基づき、支払われるべき税金を徴収させていただきます。
- ◎ 申請に必要なもの
・ 預貯金等の通帳(残高が確認できるもの)の写し
※ 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

㊞

〈 配偶者 〉

住 所 勝央町平242-1

氏 名 勝央 花子

㊞

【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・押印をお願いします。

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。