

＜佐用町記入欄＞

決定事項	承認・非承認	入力
決定年月日	年 月 日	
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
限度額段階	1・2・3①・3②	確認
備考		

介護保険負担限度額認定申請書

年度

佐用町長 様

下記のとおり、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		個人番号 (マイナンバー)	
被保険者氏名		被保険者番号	
		生年月日	
住所	電話番号 () -		

配偶者の有無	有・無	※「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」を記載してください。	
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号 (マイナンバー)	
	氏名	生年月日	年 月 日
		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		

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	有（遺族年金／障害年金）・無	世帯の課税状況	☐ 市町村民税 非課税	生活保護受給の有無	有・無
	65歳以上の人 (年金収入額+その他の合計所得金額)	☐ 年額 80万9千円以下 → かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下				
		☐ 年額 80万9千円超120万円以下 → かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下				
		☐ 年額120万円超 → かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下				
	65歳未満の人	☐ 預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
	預貯金額 (普通・定期等)	円	有価証券	円	現金等()	円

↑ 預貯金等の金額を必ずご記入ください(円単位)。0円の場合も「0」とご記入ください。

同意書

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、佐用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。

年 月 日

(被保険者)

住所

氏名

(配偶者)

住所

氏名

＜本人以外が届出する場合＞

届出人氏名		本人との関係		連絡先	
-------	--	--------	--	-----	--

(注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または内縁関係の者を含みます。
(注2) 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。



記載例

決 定 事 項	承 認 ・ 非 承 認	入力
決定年月日	年 月 日	
適用年月日	年 月 日	
有 効 期 限	年 月 日	確認
限度額段階	1・2・3①・3②	
備 考		

佐用町長 様

フリガナ	サヨウ タロウ	個人番号 (マイナンバー)													
被保険者氏名	佐用 太郎	被保険者番号	0123456789												
		生 年 月 日	昭和○年○月○日												
住 所	佐用町佐用2611-1														
	電話番号 (0790) 82-2079														

配偶者の有無		有	無	※「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」を記載してください。													
配偶者に関する事項	フリガナ	サヨウ ハナコ				個人番号 (マイナンバー)											
	氏名	佐用 花子				生年月日		昭和 ○年○月○日									
						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	佐用町佐用2611-1				別世帯でもあっても配偶者がいる場合、記入してください											

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	有 (遺族年金 / 障害年金) ・ 無	世帯の課税状況	☒ 市町村民税 非課税	生活保護受給の有無	有 無
	65歳以上の人 (年金収入額+その他の合計所得金額)	☐ 年額 80万9千円以下	→	かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下		
		☐ 年額 80万9千円超120万円以下	→	かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下		
		☒ 年額120万円超	→	かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下		
	65歳未満の人	☐ 預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
	預貯金額 (普通・定期等)	200万円	非課税年金を含めた収入に応じて、預貯金等の基準額が変わります			

「預貯金等の金額を必ずご記入ください(円単位)。0円の場合も「0」とご記入ください。

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、佐用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まいります。

年 月 日

(配偶者)

住所

氏名

届出人氏名		本人との関係		連絡先	
-------	--	--------	--	-----	--

偶者または内縁関係の者を含みます。
けた場合には、介護保険法第22条
を還していただくことがあります。

受付印