

--

<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	確認
限度額段階	1・2・3①・3②	
備考		

介護保険負担限度額認定申請書

2022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
	本年1月1日現在の住所	課税状況	市町村民税 課税・非課税

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	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 年額 80万円以下	→ かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下			
		<input type="checkbox"/> 年額 80万円超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			
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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)

(配偶者)

住所

住所

氏名

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。

受付印

# 記載例

## <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	確認
限度額段階	1・2・3①・3②	
備考		

## 介護保険負担限度額認定申請書

2022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	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	昭和〇年〇月〇日
住所	佐用町佐用2611-1 電話番号 (0790) 82-2079		

配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 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。	
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	昭和〇年〇月〇日
本年1月1日現在の住所	佐用町佐用2611-1	課税状況	市町村民税 課税・ <input checked="" type="radio"/> 非課税
<b>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</b>			

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	<input checked="" type="radio"/> 有(遺族年金)・無	世帯の課税状況	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税 非課税	生活保護受給の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
65歳以上の人 (年金収入額+その他の合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	→ かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下				
	<input type="checkbox"/> 年額80万円超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				
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<b>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</b>				

「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。

**必ず手書きで記入してください(代筆でもかまいません。)**

年 月 日	
(被保険者)	(配偶者)
住所	住所
氏名	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)ご  
(注2)虚  
第

**本人以外が提出する場合、記入してください。  
申請内容についてお尋ねすることがあります。**

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  
還していただくことがあります。

受付印