

<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	確認
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
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

2023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)

(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

2023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	☒ 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 〇年〇月〇日						
												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。

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いただきます。

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)こ
(注2)虚
11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条第
していただくことがあります。

受付印