

<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

2024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)

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

<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

2024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まいります。

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