

( 表 面 )  
介護保険負担限度額認定申請書

〇年 〇月 〇日

(申請先)

中新川広域行政事務組合 管理者

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。

|               |                                                                         |              |          |   |   |   |                                                |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|---|---|---|------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ          | ナカニイカワ タロウ                                                              | 被保険者番号       | 0        | 0 | 0 | 0 | 1                                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |   |   |
| 被保険者氏名        | 中新川 太郎                                                                  | (マイナンバー)個人番号 | 1        | 2 | 3 | 4 | 5                                              | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 1 | 1 |
| 生年月日          | 明・大 昭 12年 3月 4日                                                         | 市町村民税課税状況    | 課税 ・ 非課税 |   |   |   |                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 住 所           | 〒(930-0288) 舟橋村国重242番地                                                  |              |          |   |   |   | 連絡先 076-463-1316                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 介護保険施設の名称・住所※ | 〒(930-0288) 名称 くにしげ荘                                                    |              |          |   |   |   | 連絡先 076-000-1234                               |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日※     | 令和 〇 年 〇 月 〇 日                                                          |              |          |   |   |   | ※介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は記載不要です。 |   |   |   |   |   |   |   |
| 結果送付先         | <input checked="" type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 |              |          |   |   |   | チェックが無い場合は住所(送付先の登録がある場合は送付先)に送付します。           |   |   |   |   |   |   |   |

|           |                                           |                   |                                           |                 |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |  |
|-----------|-------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|-----------------|---|---|---|------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 配偶者の有無    | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 |                   | 左記において「無」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。 |                 |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                                      | ナカニイカワ ハナコ        | 個人番号                                      | 9               | 8 | 7 | 6 | 5                | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 | 9 | 8 |  |
|           | 氏 名                                       | 中新川 花子            | 生年月日                                      | 明・大 昭 18年 5月 6日 |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |  |
|           | 住 所                                       | (被保険者と同住所の場合記載不要) |                                           |                 |   |   |   | 連絡先 076-464-1316 |   |   |   |   |   |   |   |  |
|           | 本年1月1日現在の住所                               | (現住所と異なる場合)       |                                           |                 |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |  |
|           | 市町村民税課税状況                                 | 課税 ・ 非課税          |                                           |                 |   |   |   |                  |   |   |   |   |   |   |   |  |

|                                                                                        |                          |                                                   |  |             |                          |                                     |   |               |                          |                          |   |  |                                     |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------|--------------------------|-------------------------------------|---|---------------|--------------------------|--------------------------|---|--|-------------------------------------|--|--|
| 収入に関する申告                                                                               | ①生活保護受給者                 | 市町村民税非課税世帯者であって、課税年金収入額と非課税年金の収入額、その他の合計所得金額の合計額が |  |             |                          |                                     |   |               |                          |                          |   |  |                                     |  |  |
|                                                                                        | ②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者  | 年額82.65万円以下です。                                    |  |             |                          | 年額82.65万円を超え、120万円以下です。             |   |               |                          | 年額120万円を超えます。            |   |  |                                     |  |  |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                          |  |             |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |   |               |                          | <input type="checkbox"/> |   |  |                                     |  |  |
| 非課税年金を受給している場合は該当するものに、○をつけてください。<br>【 遺族年金※ ・ 障害年金 】※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。 |                          |                                                   |  |             |                          |                                     |   |               |                          |                          |   |  |                                     |  |  |
| (夫婦合計) 預貯金に関する申告                                                                       | 預貯金、有価証券等の金額の合計が         |                                                   |  |             |                          |                                     |   |               |                          |                          |   |  |                                     |  |  |
|                                                                                        | 1000万円以下です。(夫婦は2000万円)   |                                                   |  |             | 650万円以下です。(夫婦は1650万円)    |                                     |   |               | 550万円以下です。(夫婦は1550万円)    |                          |   |  | 500万円以下です。(夫婦は1500万円)               |  |  |
|                                                                                        | <input type="checkbox"/> |                                                   |  |             | <input type="checkbox"/> |                                     |   |               | <input type="checkbox"/> |                          |   |  | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |
|                                                                                        | 預貯金額                     | 4,520,242円                                        |  | 有価証券(評価概算額) |                          |                                     | 円 | その他(現金・負債を含む) | ( )※                     |                          | 円 |  |                                     |  |  |

通帳の残高の合計を記入してください。

※内容を記入してください。

※(中新川広域行政事務組合)記入欄※

|       |       |        |        |        |
|-------|-------|--------|--------|--------|
| 交付年月日 | 年 月 日 | 適用年月日  | 年 月 日  | 発送日： / |
| 第1段階  | 第2段階  | 第3段階の1 | 第3段階の2 | 第4段階   |
| 備 考   |       |        |        |        |

<裏面もご記入ください。>

## 同意書

(宛先)

中新川広域行政事務組合 管理者

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、中新川広域行政事務組合管理者の報告要求に対し、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。

令和〇 年 〇月 〇日

〈本人〉

住 所 舟橋村国重242番地

氏 名 中新川 太郎

〈配偶者〉

住 所 舟橋村国重242番地

氏 名 中新川 花子

申請者が被保険者本人以外の場合は、記載してください。

|       |            |                   |
|-------|------------|-------------------|
| 申請者氏名 | 中新川 小太郎    | 連絡先 090-0000-0000 |
| 申請者住所 | 舟橋村国重242番地 | 本人との関係 長男         |

## 注意事項

- (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又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、保有しているすべてのものが対象です。
- (3) 同意書は必ず記入してください。(申請者による代筆可)。
- (4) 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。

必ずご確認ください

## 添付書類

預貯金通帳等の写し

- (1) 金融機関名、店名、口座番号、名義人等について確認することができる部分(通帳の見開き1、2ページ等)
- (2) 申請日の直近2か月分の入出金状況について確認することができる部分  
※ 被保険者本人が所有するすべての預貯金通帳等の写し(申請書に記載した預貯金通帳、有価証券証書等の写し)を添付してください(配偶者がいる場合は、当該配偶者の預貯金通帳等の写しも添付してください。)

※ 電子通帳やインターネットバンクの場合は、これらの事項を確認することができるページを印刷し、添付してください。