

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（申請先）

田村市長

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。

年度

フリガナ			被保険者番号												
被保険者氏名	⑩		個人番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女									
住所	〒 連絡先														
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称	〒 連絡先														
入所（院）年月日	昭・平・令	年	月	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、記入不要です。										

配偶者の有無	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															
	氏名															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号										
	住所	〒 連絡先														
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒														
	課税状況	市町村民税		課税	・	非課税										

	所得の状況	預貯金、有価証券等の資産の状況	利用者負担段階
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	資産合計 単身：1000万円 夫婦：2000万円以下	1
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○してください）	資産合計 単身：650万円 夫婦：1650万円以下	2
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。（受給している年金に○してください）	資産合計 単身：550万円 夫婦：1550万円以下	3 ①
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超です。（受給している年金に○してください）	資産合計 単身：500万円 夫婦：1500万円以下	3 ②
預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）	円
			円
			円
受給しているすべての年金保険者に○をしてください			
・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済			

※遺族年金：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。

裏面あり

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

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、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (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。

同意書

(宛先) 田村市長

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、田村市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。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(申請先)

田村市長

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。

年度

フリガナ	タムラ タロウ		被保険者番号	○○○○○○○○○○○○○○○○													
介護保険施設に入所(院)している場合は記載ください。ショートステイ利用の場合は記入不要です。	村 太郎		個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○													
	○年 ○月 ○日	性 別	男		女												
〒	船引字畑添76番地2											連絡先	82-1115				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	〒												連絡先				
入所(院)年月日	昭・平・令	年	月	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、記入不要です。												

配偶者の有無	有		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	配偶者「有」の場合に記入してください。		タムラ ハナコ											田村 花子		
	生年月日	明・大・昭	○年	○月	○日	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○									
	住所	〒963-4943 田村市船引町船引字畑添76番地2											連絡先	82-1115		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒														
課税状況	市町村民税		課税	非課税												

所得の状況		預貯金、有価証券等の資産の状況	利用者負担段階
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	資産合計 単身：1000万円 夫婦：2000万円以下	1
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	資産合計 単身：650万円 夫婦：1650万円以下	2
<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税課税者であって、合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円超以下です。(受給している年金に○してください)	本人名義(配偶者も含め)の通帳・有価証券のコピーを添付してください。コピーは金融機関・支店名・口座番号がわかる面と最終残高の面となります。合計金額の記入をお願いいたします。	
<input type="checkbox"/>	市町村民税課税者であって、合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額120万円超以下です。(受給している年金に○してください)		
預貯金額	2,500,000円	有価証券(評価概算額)	円
その他(現金・負債を含む)		円	円
受給しているすべての年金保険者に○してください		・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済	

※遺族年金：寡婦年金、かん天年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名 田村 次郎	連絡先（自宅・勤務先） 82-1115
申請者住所 〒963-4943 田村市船引町船引字畑添76番地2	本人との関係 子

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護費

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。（申請書や添付書類の内容について、お問合せする場合があります。）

してください。

に基づき、支給された額

同意書

(宛先) 田村市長

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
ま
同意

同意書の欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入してください。（申請代行者の代筆でもかまいません）

て、私及び私の配偶者が

令和 ○年 ○日

〈本人〉

住所 **田村市船引町船引字畑添76番地2**

氏名 **田村 太郎**

〈配偶者〉

住所 **田村市船引町船引字畑添76番地2**

氏名 **田村 花子**

**スタンプ印は使わず朱肉を使った印鑑で押印ください。
※銀行の届出印でなくてかまいません。表面も同様です。**

田村

田村