記入例（表面）

申請年月日を記入してください。

負担限度額を申請しようとする被保険者本人の名前とフリガナを記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

町長　　令和 4 年 △ 月 △ 日

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	イセン タロウ	被保険者番号	5 3 2 0 0 ▲ ▲ ▲ ▲ ▲
被保険者氏名	伊仙 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	明・大・昭 △ 年 △月 △日生		
住所	○○町△△1234番地		
	○○町△△5678番地 介護老人保健施設□□	連絡先	09xxx-xx-xxxx
入所(院)年月日	令和 1 年 2 月 3 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、下記配偶者欄の記載は不要です。	
フリガナ	イセン ハナコ	生年月日	明・大・昭 △ 年 △月 △日生
配偶者氏名	伊仙 花子	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
住所	☑被保険者と同じ ※異なる場合はこの欄に住所を記入		090-xxxx-xxxx
	(現住所と異なる場合記入)		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

マイナンバーカードに記載されている12桁の数字です。

住民票の住所を記入してください。

対象者と住所が同じ場合は□にレ点を記入、違おう場合は空欄に住所と連絡先を記入してください。

課税状況を確認してください。
※課税世帯だと限度額認定が非該当となります。

収入等に関する申告		預貯金等の基準額 単身 / 配偶者有
□	①生活保護受給者	
	②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1000 万円以下 / 2000 万円以下
□	③世帯全員が市町村民税非課税で、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 ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・遺児年金を含みます。以下同じ	650 万円以下 / 1650 万円以下
☑	④世帯全員が市町村民税非課税で、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	550 万円以下 / 1550 万円以下
□	⑤世帯全員が市町村民税非課税で、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	500 万円以下 / 1500 万円以下
□	※第２号保険者(40歳以上64歳以下)の方で③～⑤の場合	1000 万円以下 / 2000 万円以下

預貯金額	1,000,000 円	有価証券	円	現金・負債その他	円

収入について該当する項目の**□にレ点を付けてください。**

遺族年金や障害年金を受給している場合は該当する年金の種類に**○を付けてください。**

内容の分かる通帳、有価証券、借用証書等のコピーを付けて下さい。通帳は申請日から遡って2ヶ月分の記載が必要です。

預貯金等の基準額はこちらで確認してください。
記入例の場合は、基準額は550万円（夫婦は1550万円）となります。

同意書

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等の残高について、報告を求めることに同意します。
また、貴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。

令和 4 年 ○ 月 ○ 日

被保険者本人　氏名　伊仙 太郎

配偶者　氏名　伊仙 花子

負担限度額の申請をしようとする被保険者本人及び配偶者の名前を記入してください。

申請年月日を記入してください。

申請者が本人の場合は記載不要です。

申請者氏名	伊仙 大介	連絡先（自宅・勤務先・携帯）	090－＊＊＊＊－＊＊＊＊
申請者住所	○○町△△1234番地	本人との関係	長男

※裏面に続きます。

被保険者本人以外が申請書を提出する場合は、氏名、住所、本人との関係、連絡先を記入してください。

記入例（裏面）

（裏面）

限度額認定証及び負担割合証の発行の際は下記送付先へ送付することに同意します。

送付先　□申請者住所　☑被保険者住所　□入所又は利用している施設・居宅支援事業所　□その他

被保険者本人　氏名　伊仙 太郎

代筆者　氏名　伊仙 大介

負担限度額と負担割合証を発行した場合の送付先にチェックを入れ、被保険者の名前を記入する。

代筆者の氏名を記入