

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

宮城県大河原町長 様

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                             |         |  | 被 保 険 者 番 号 |  |                                                       |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名                      |         |  | 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<br>保健施設の所在地<br>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<br>ステイを利用している場合は、記入不要です。 |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 |         | 本人との関係 |  |
| 申 請 者 住 所 | 〒       |        |  |
|           | 連絡先 — — |        |  |

|                                       |                                    |         |  |                                               |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------|--|-----------------------------------------------|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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<br>ついては、記載不要です。 |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配<br>偶<br>者<br>に<br>関<br>する<br>事<br>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<br>現在の住所<br>(現住所と異なる<br>場合) | 〒       |  |                                               |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況                                  | 市町村民税 課税 ・ 非課税                     |         |  |                                               |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※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。

|                                       |                                |                                                                          |                                                                                   |                                      |
|---------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 収<br>入<br>等<br>に<br>関<br>する<br>申<br>告 | <input type="checkbox"/> 第1段階  | 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                                           |                                                                                   |                                      |
|                                       | <input type="checkbox"/> 第2段階  | 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 9 千円以下         |                                                                                   | 【受給している年金の保険者に〇してください】               |
|                                       | <input type="checkbox"/> 第3段階① | 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 9 千円超 120 万円以下 |                                                                                   | 日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 |
|                                       | <input type="checkbox"/> 第3段階② | 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             |                                                                                   |                                      |
|                                       | 本人の非課税<br>年金受給状況               |                                                                          | 【非課税年金を受給している場合、受給している年金を〇で囲んでください】<br>遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) ・ 障害年金 |                                      |

【裏面の預貯金等に関する申告及び同意書欄にも必ずご記入ください】

(裏面)

|                             |                                                                                                                                                                            |   |                  |   |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------|---|
| 預貯金等に関する申告<br>(配偶者がいる場合は合計) | 預貯金等の金額の合計が一定額以下です。<br>〔第1段階〕単身 1,000 万円、夫婦 2,000 万円 〔第2段階〕単身 650 万円、夫婦 1,650 万円<br>〔第3段階①〕単身 550 万円、夫婦 1,550 万円 〔第3段階②〕単身 500 万円、夫婦 1,500 万円<br>※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別紙のとおり |   |                  |   |
|                             | ①預貯金額<br>(普通・定期等)                                                                                                                                                          | 円 | ②有価証券<br>(評価概算額) | 円 |
|                             | ③その他<br>(現金等)                                                                                                                                                              | 円 | ④負債              | 円 |

※預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。  
※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

大河原町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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、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 年 月 日

〈本人〉住所

氏名

〈配偶者〉住所

氏名

※預貯金等の範囲については下記のとおりです。確認方法の書類を必ず添付してください。

夫婦の場合は、配偶者の書類も添付してください。

| 種類                                           | 対象か否か | 確認方法                                                                                                  |
|----------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 預貯金(普通・定期)                                   | ○     | 通帳の写し(※表紙、および申請日の直近から 2 か月前までの期間の写し、入出金の最終記載日が2か月以上前の場合は、最終残高が分かる部分の写し)<br>(インターネットバンクであれば口座残高ページの写し) |
| 有価証券(株式・国債・地方債・社債など)                         | ○     | 証券会社や銀行の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)                                                                          |
| 金・銀(積立購入を含む)など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属 | ○     | 購入先の銀行等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)                                                                          |
| 投資信託                                         | ○     | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し(ウェブサイトの写しも可)                                                                    |
| タンス預金(現金)                                    | ○     | 自己申告                                                                                                  |
| 負債(借入金・住宅ローンなど)                              | ○     | 借用証書などの写し                                                                                             |
| 生命保険                                         | ×     | ※貯蓄性がある生命保険であっても、保険事故への備えという性質を併せ持つため、対象外とする。                                                         |
| 自動車                                          | ×     | —                                                                                                     |
| 貴金属(腕時計・宝石など、時価評価額の把握が困難であるもの)               | ×     | —                                                                                                     |
| その他高価な価値のあるもの(絵画・骨董品・家財など)                   | ×     | —                                                                                                     |