

表面

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

射水市長 あて

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 被保険者氏名	イミス タロウ 射水 太郎	被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1
		個人番号	1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2
生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	性別	男 ・ 女
住所	〒939-0294 射水市新開発410番地1	電話番号	51-6627
入所（院）した 介護保険施設（※）	所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 名称 〇〇〇〇〇〇〇〇	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。	
入所（院）年月日（※）	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	（※）介護施設に入所（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	配偶者が世帯を分けている場合も記入してください。（配偶者死亡の場合、無）	については、記入不要です。
フリガナ 氏名	イミス ハナコ 射水 花子	個人番号	4 5 6 7 8 9 0 1 1 2 3 2	年 〇〇 月 〇〇 日
課税状況	市町村民税	課税	非課税	

収入、預貯金 等に関する申告	☐ 生計を一にする配偶者、同居の親族等と世帯を形成している者（世帯主）	課税である高齢福祉年金受給者です。				
	☐ 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。 ※ 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。以下同じ。	受給している全ての年金保険者に○してください。				
	☐ 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。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円（夫婦は 1650 万円）以下です。	受給している全ての年金の保険者に○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				
	☒ 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 万円を超えます。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円（夫婦は 1500 万円）以下です。	非課税年金を受給している方は、該当する年金に○してください。				
資産について	預貯金額	3,001,421 円	有価証券 （評価概算額）	1,258,400 円	その他 （現金・負債含む）	（現金） 244,500 円

預貯金、有価証券等にかかる本人及び配偶者の通帳等（生活保護受給者は、添付不要です）
申請者が被保険者の場合は、下記の記入は不要です。

申請者氏名	射水 一郎	電話番号	51-6627
申請者住所	〒939-0294 射水市新開発410番地1	本人との関係	子

【添付書類】

☐ 本人及び配偶者の通帳等の写し（配偶者がいない場合本人のみ）

※通帳等の写しは、銀行名、支店・口座番号・名義のわかる部分と、直近2か月間までの口座残高（年金の振り込み履歴がわかる）部分が必要です。

※一定額以上の預貯金等がある場合は、負担限度額認定を受けることができません。（令和3年8月から見直しがあります）

裏 面

同 意 書

射水市長 あて

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、射水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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（注意）金融機関等へ預貯金等の調査の同意がないと申請できません。

※配偶者がいる場合、配偶者の同意も必要です。

〈本 人〉

住所 射水市新開発410番地1

氏名 射水 太郎

本人や配偶者が自筆できない時、
代筆者氏名と続柄を記載してください。代筆
射水一郎
(子)

〈配偶者〉

住所 射水市新開発410番地1

氏名 射水 花子

代筆
射水一郎
(子)

申請書（表面）の注意事項

- (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、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。

◎提出する前にご確認ください。

☐ 保有しているすべての通帳等の写しを添付してありますか。

配偶者がいる場合は、配偶者分も同様に必要です。

☐ 通帳は記帳してありますか？（直近2ヶ月の明細を確認します）