

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

七戸町長

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。

フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0														
被保険者氏名		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		生年月日	大・昭			年			月			日生								
住所	〒	—															電話番号			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒	—															<input type="checkbox"/> ショートステイ 電話番号			
入所（院）年月日 （※）	平・令	年	月	日																
配偶者の有無	有 ・ 無			有の場合は、裏面の「配偶者に関する事項」を記入してください。																

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/①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"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <b>年額80万円以下</b> です。（受給している年金に〇をしてください。以下同じ。） ※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。																		
	<input type="checkbox"/>	③-1市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <b>年額80万円を超え、120万円以下</b> です。																		
	<input type="checkbox"/>	③-2市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <b>年額120万円を超えます</b> 。																		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③-1の方は550万円（同1550万円）、③-2の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、②、③-1、③-2の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。																		
	預貯金額		円	有価証券 （評価概算 額）		円	その他 （現金・負債 を含む）		（ ）※		円	※内容を記入してください								

結果送付先	住所地 ・ 申請者宅 ・ 居宅事業所（ ） ・ 入所施設 ・ その他（ ）
-------	---------------------------------------

○申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先【自宅・携帯電話・勤務先】 電話番号
申請者住所 〒	— 本人との関係

## 注意事項

- 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。
- 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。
- 書ききれない場合は、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。
- 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2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。

## 町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日
適用年月日	令和 年 月 日	第 段階	入力
有効期限	令和 年 7月 31日		送付

配偶者に関する事項

フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0																
配偶者氏名		個人番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
		生年月日	大・昭			年		月		日生												
住 所	〒	—																				
		電話番号																				
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	—																				
		電話番号																				
課税状況	市町村民税			課税			・													非課税		

## 同 意 書

七 戸 町 長 殿

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、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

【記入例】太枠の中を記入してください  
申請者本人、配偶者なしの場合

保険負担限度額認定申請書

令和 5年 8月 1日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）を申請します。

申請日は令和5年  
8月1日以降にする

フリガナ	シチノヘ タロウ	被保険者番号	00000000000000000000
被保険者氏名	七戸 太郎	個人番号	* * * * * * * * * * * *
		生年月日	大(昭) 〇年 ×月 △日生
住所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5	電話番号	0176-68-2500
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒039-2792 七戸町字森ノ上131-4 特別養護老人ホーム〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	電話番号
入所(院)年月日 (※)	平(令) 年 月 日		
配偶者の有無	有・(無)	有の場合、「配偶者に関する事項」を記入してください。	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/①市町村民税非課税者であること	いない場合は「無」に○をつけ、裏面は記載不要です		
	<input checked="" type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であつて、課税年金収入額と【遺族年金※・(障害年金)】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○をつけてください。以下同じ)	非課税年金収入の種別を記入する(受給している年金に○をつける)		
	<input type="checkbox"/>	③-1市町村民税世帯非課税者であつて、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。	該当するものにチェックを入れる 分からない場合は空白でも大丈夫です		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②、③-1、③-2の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	預貯金額	750,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)

結果送付先	住所地・申請者宅・(居宅事業所(町包括))・入所施設・その他( )
-------	-----------------------------------

○申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です

申請者氏名	送付先に○をつけてください
申請者住所	〒 -
電話番号	
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。
- (3) 書ききれない場合は、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。

町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日
適用年月日	令和 年 月 日		入力 /
有効期限	令和 年 7月 31日	第 段階	送付 /

配偶者に関する事項

フリガナ		被 保 険 者 番 号	0	0	0	0	△	△	△	△	△	△		
配偶者氏名		個 人 番 号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		
		生年月日	大・昭			年	月	日生						
住 所	〒	—												
		電話番号 0176-68-3500												
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	—												
		電話番号												
課税状況	市町村民税		課税		・								非課税	

【記入例】太枠の中を記入してください  
申請者代行、配偶者ありの場合

保険負担限度額認定申請書

令和 5 年 8 月 1 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）を申請します。

申請日は令和5年  
8月1日以降にする

フリガナ	シチノヘ タロウ	被保険者番号	00000000000000000000
被保険者氏名	七戸 太郎	個人番号	* * * * * * * * * * * *
		生年月日	大(昭) 〇年 ×月 △日生
住所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5	電話番号	0176-68-3500
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒039-2792 七戸町字森ノ上131-4 特別養護老人ホーム〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	電話番号
入所(院)年月日 (※)	平(令) 年 月 日		
配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	有の場合は、裏面の「配偶者に関する事項」を記入してください。	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	年齢福祉年金受給者			
	<input checked="" type="checkbox"/> ②市町村民税非課税 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計が年額80万円以下です。(受給している年金に○をつける) ※寡妻・寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む	非課税年金収入の種別を記入する (受給している年金に○をつける)			
	<input type="checkbox"/> ③-1市町村民税非課税 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の合計が年額120万円を超えます。	該当するものにチェックを入れる 分からない場合は空白でも大丈夫です			
	<input type="checkbox"/> ③-2市町村民税世帯非課税者であつて、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。	その他の合計所得金額の合計額が			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)	送付先に○をつけてください			
預貯金額	1,500,000円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 60,000円 ※内容を記入してください

結果送付先	住所地・申請者宅 <input checked="" type="radio"/> 居宅専業所(町包括) <input type="radio"/> 入所施設 <input type="radio"/> その他( )
-------	--

○申請者が被保険者本人の場合に以下の記載は不要です。

申請者氏名	七戸町地域包括支援センター 〇〇 〇〇	連絡先【自宅・携帯電話・勤務先】	電話番号 0176-68-3500
申請者住所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5	本人との関係	

申請者氏名も忘れずに記入願います

- 注意事項
- (1) この申請書は、この項目は配偶者と合算です。申請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、有価証券等の場合は、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) 書ききれない場合は、別紙を添付してください。
  - (4) 虚偽の申告により不正に給付を受けた場合には、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。

町記入欄			
交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日
適用年月日	令和 年 月 日		入力 /
有効期限	令和 年 7 月 31 日	第 段階	送付 /

配偶者に関する事項

フリガナ	シチノヘ ハナコ	被保険者番号	0 0 0 0 △ △ △ △ △ △
配偶者氏名	七戸 花子	個人番号	* * * * * * * * * * * *
		生年月日	大・ <u>昭</u> ○年 ×月 △日生
住 所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5  電話番号 0176-68-3500		
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒039-2792  <b>※現住所と異なる場合のみ記入</b> 電話番号		
課税状況	市町村民税	課税	・ <u>非課税</u>

課税状況をお知らせ願います

## 同 意 書

七 戸 町 長 殿

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、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 5 年 8 月 1 日

申請日と同じ日付  
を記入する

<本 人>

住 所 七戸町字森ノ上359-5

氏 名 七戸 太郎

<配偶者>

住 所 七戸町字森ノ上359-5

氏 名 七戸 花子