

# 介護保険負担限度額認定申請書

西之表市長 様

令和 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			保険者番号		4	6	2	1	3	5
被保険者氏名	ご本人に関する項目		被保険者番号							
			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(※)	令和 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	配偶者に関する項目								
	氏名									
	生年月日	明・大・昭 年 月								
	住所	〒 西之表市 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 ・ <b>非課税</b>									
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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									
	<input checked="" type="checkbox"/> ③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年額80万円以下です。 <small>(受給している年金に○して下さい)          ※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。</small>									
	<input type="checkbox"/> ④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年額80万円を超え、120万円以下です。									
<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額【遺族年金※・障害年金】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。										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 <small>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。</small>									
	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			
※保有する全ての預貯金等の合計額(配偶者の分を含む)を記載し、申請日から遡って一年分の取引履歴が確認できるものを添付してください。										
※内容を入力してください 申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。										
申請者氏名										電話番号
申請者住所	※居宅介護支援事業所等の方が申請する場合は、事業所の住所と事業所名を記入してください。									

## 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。
- 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。
- 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。

## 市記入欄

受付日	区分	課税 ・ 非課税	決裁欄			
	判定結果	1・2・3①・3②・非該当	課長	補佐	係長	係
	決定年月日	令和 年 月 日				
	適用年月日	令和 年 月 日				
	有効期限	令和 年 7月31日				

# 同意書

西之表市長 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>

※被保険者本人の住所・氏名を記入してください。  
配偶者（同居・別居を問わず。内縁関係も含む。）がいる場合は、配偶者の住所・氏名も記入してください。

住所 西之表市西之表7612番地

氏名 西之表 太郎

<配偶者>

住所 西之表市西之表7612番地

氏名 西之表 ハナ

## 市記入欄

	個人番号の確認	本人または代理人の身元確認書類	
	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	1点
<input type="checkbox"/> 代理人 → <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 (代理権 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 確認) <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他	2点	
<input type="checkbox"/> 担当介護支援専門員 (介護事業所の職員等)	<input type="checkbox"/> 提示が困難		

## 預貯金等の写しが必要です。

・ **本人と配偶者**名義の預貯金等の写しが必要です。

(保有するすべての口座、普通・定期・積立などすべてが対象です。)

・ **銀行名・支店名・口座番号・名義及び1年間分の取引歴を確認しますので、必ず記帳してお持ちください。**

・ 生活保護受給者及び境界層措置者の方については、預貯金等の写しの提出は不要です。

種類	対象か否か	確認方法
預貯金（普通・定期）	対象	通帳の写し (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)	対象	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	対象	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	対象	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）	対象	自己申告
負債（借入金・住宅ローンなど）	対象	借用証書など
生命保険	×	—
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）	×	—

※写しの準備ができない場合は、市役所でコピーしますのでご持参ください。

# マイナンバー（個人番号）が必要な手続きに関する留意事項

マイナンバーが記載された書類を受け付ける際は、所定の本人確認を行う必要があります。  
そのため、それぞれの申請書や届出書に加え、以下が必要になります。

## ①本人（被保険者）申請の場合

- ・本人の身元を確認できる書類（※2）

## ②代理人（被保険者本人以外）申請の場合

- ・代理人の身元を確認できる書類（※2）
- ・代理権を確認できる書類

【例】委任状、本人から預かった介護保険被保険者証など

（このほかに、代理権を確認できる場合はこの限りではありません。）

## ③郵便申請の場合

### 1. 本人による申請

- ・本人のマイナンバーを確認できる書類の写し（※1）
- ・本人の身元を確認できる書類の写し（※2）

### 2. 代理人（被保険者本人以外）による申請

- ・本人のマイナンバーを確認できる書類の写し（※1）
- ・代理人の身元を確認できる書類の写し（※2）
- ・代理権を確認できる書類の写し

【例】委任状、本人から預かった介護保険被保険者証の写しなど

### 番号確認書類の例（※1）

個人番号カード、通知カード、マイナンバー記載の住民票の写し など

### 身元確認書類の例（※2）

1点でよいもの	個人番号カード、運転免許証、パスポート、写真付の住基カード、 身体障害者手帳、介護支援専門員証、 官公署が発行した写真付きの証明書など
2点必要なもの（上記の 提示が困難な場合）	介護保険被保険者証、医療保険被保険者証、介護保険負担割合証、 年金手帳、介護保険負担限度額認定証など