

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

令和 6 年 8 月 1 日

(申請先)

鏡野町長 殿

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。
また、本申請書に記載する個人番号を住民基本台帳等で検索し、担当職員が記載又は確認することに同意します。

フリガナ	カガミノ タロウ	被保険者番号	6 0 6 0 0 0 0 0 0 0
被保険者氏名	鏡野 太郎	個人番号	記入は任意です。
生年月日	明・大・昭 12年 3月 4日	性別	男・女
住所	〒708-0392 鏡野町竹田660	連絡先	0868-54-2986
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	所在地 名称 入所(院)される施設をご記入ください。	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	カガミノ ハナコ	
	氏名	鏡野 花子	
	生年月日	明・大・昭 11年 12月 13日	個人番号 記入は任意です。
	住所	住所が被保険者と同じ場合は✓を、 異なる場合はご記入ください。	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	1月1日時点の住所が現住所と異なる場合はご記入ください。	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

収入等に関する申告	非課税年金 有・無	受給している非課税年金	遺族年金 ・ 障害年金
	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		非課税年金を受給している方は 「有」に○をしていただき、 受給している非課税年金の種類に ○をご記入ください。
	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。		
	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他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。		
	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他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 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	「収入等に関する申告」で該当した番号に応じた 預貯金額以下であることを確認いただき、✓してください。		(夫婦1,650万円) (夫婦1,500万円) 夫婦1,000万円(夫婦2,000万円)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

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	鏡野 次郎	連絡先	自宅・勤務先 0868-54-2986
申請者住所	鏡野町竹田660	申請者と被保険者が異なる場合のみ ご記入ください。	本人との関係 子

※裏面の同意書にも記入が必要です。

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。

【鏡野町記入欄】

申請区分	☐ 新規 ☐ 更新
審査結果	☐ 認定 所得段階：第 段階 (期間： 年 月 日～翌7月31日) ☐ 非該当 理由： 世帯員課税 ・ 配偶者課税 ・ 預貯金

(2023.08)

同意書

鏡野町長 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 6 年 8 月 1 日

<本人>

住所 鏡野町竹田660

氏名 鏡野 太郎

<配偶者>

住所 鏡野町竹田660

氏名 鏡野 花子