

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

芳賀郡茂木町長 古口 達也 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	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 （※）	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														
	氏 名														
	生年月日	年	月	日	個人番号										
	住 所														
		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 ・ 非課税														
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 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 80.9 万円以下です。 <small>(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)</small> ※ 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"/>	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 80.9 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。													
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、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円) ④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤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、③～⑤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 ※内容を記入して下さい									

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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	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。

## 同意書

芳賀郡茂木町長 古口 達也 様

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

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 7 年 8 月 1 日

方賀郡茂木町長 古口 達也 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	モテギ タロウ	被保険者番号	0009999999
被保険者氏名	茂木 太郎	個人番号	
生年月日	昭和10年 1月 1日	性別	男・女
住所	栃木県芳賀郡茂木町大字茂木155番地 連絡先0285-63-5603		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	栃木県宇都宮市塙田1-1-20 介護老人保健施設ゆずも 連絡先028-563-5656		
入所（院）年月日 （※）	令和7年 5月 21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	モテギ ハナコ			
	氏名	茂木 花子			
	生年月日	昭和9年 12月 31日	個人番号		
	住所	栃木県芳賀郡茂木町大字茂木155番地 連絡先0285-63-5603			
	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・非課税	非課税			
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、 課税年額が5万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年額が5万円を超え、10万円以下です。			
	<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。			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しを別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤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、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。			
	預貯金額	9,072,461円	有価証券 (評価概算額)	0円	その他 (現金・負債を含む)

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	栃木 ゆず子	連絡先（自宅・勤務先）	0285-63-2555
申請者住所	栃木県芳賀郡茂木町大字茂木1043番地	本人との関係	長女

### 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。

## 同意書

芳賀郡茂木町長 古口 達也 様

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 **7** 年 **8** 月 **1** 日

<本人>

住所 **栃木県芳賀郡茂木町大字茂木155番地**

氏名 **茂木 太郎**

<配偶者>

住所 **栃木県芳賀郡茂木町大字茂木155番地**

氏名 **茂木 花子**