

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

岩 泉 町 長 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												
			性 別	男 ・ 女											
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日														
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、記入不要です。													
配偶者に関する事項	フリガナ											個人番号				
	氏 名															
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日														
	住 所	〒														
	連絡先															
現住所と異なる場合	〒															
	連絡先															
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税															

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者、または町民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者で、 預貯金が1,000万円（夫婦で2,000万円）以下 である。	第 1 段 階			
	☐	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金 ・ 障害年金】収入額、合計所得金額の合計が、 年額80.9万円以下 であり、 預貯金が650万円（夫婦で1,650万円）以下 である。	第 2 段 階			
	☐	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金 ・ 障害年金】収入額、合計所得金額の合計が、 年額80.9万円超120万円以下 であり、 預貯金が550万円（夫婦で1,550万円）以下 である。	第 3 段 階 ①			
	☐	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金 ・ 障害年金】収入額、合計所得金額の合計が、 年額120万円超 であり、 預貯金が500万円（夫婦で1,500万円）以下 である。	第 3 段 階 ②			
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券・株式等	円	現金・負債等	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記については、記載不要です。

申請者氏名	連絡先【自宅・携帯・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、その全てを記入し、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、又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (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。
- (5) 「遺族年金」には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

(※裏面の同意書にも記入してください)

同意書

岩泉町長 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、岩泉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まいります。

年 月 日

< 本人 >

住 所

氏 名

< 配偶者 >

住 所

氏 名

介護保険負担限度額認定申請書（記入例）

令和 年 月 日

（申請先）

岩泉町長 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	イワイズミ タロウ	被保険者番号	
被保険者氏名	岩泉 太郎	個人番号	
生年月日	明・大・ <u>昭</u> 12 年 12 月 2 日	性 別	<u>男</u> ・ 女
住 所	〒027-0501 岩泉町岩泉字惣畑59番地5	個人番号を記載される場合は、添付書類があります（裏面参照）。 ※個人番号を記載しなくても、申請できます	
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（※）	昭・平 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、記入不用です。	

配偶者の有無	<u>有</u> ・ 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。	
フリガナ	イワイズミ ハナコ	個人番号	
氏 名	岩泉 花子	配偶者の有無に○をつけ、有の場合は配偶者に関する事項を記入します。	
生年月日	明・大・ <u>昭</u> 11 年 11 月		
住 所	〒027-0501 岩泉町岩泉字惣畑59番地5	連絡先	0194-22-2111
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒	連絡先	

該当する欄にチェック☑します。 ※非課税年金を受給している場合は種類に○をつけます。		課税 ・ <u>非課税</u>	
収入等に関する申告		町民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者（夫婦で2,000万円）以下である。	
☒	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金】障害年金】収入額、合計所得金額の合計額が、 <u>年額80.9万円以下</u> であり、 <u>預貯金が650万円（夫婦で1,650万円）以下</u> である	第1段階	
☐	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金】障害年金】収入額、合計所得金額の合計額が、 <u>年額80.9万円以下</u> であり、 <u>預貯金が650万円（夫婦で1,650万円）以下</u> である	第2段階	
☐	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金】障害年金】収入額、合計所得金額の合計額が、 <u>年額80.9万円以下</u> であり、 <u>預貯金が650万円（夫婦で1,650万円）以下</u> である		
預貯金等に関する申告	預貯金額	1,200,000円	現金・負債等

申請者氏名	岩泉 三郎	連絡先（自宅・勤務先）	0194-22-2111
申請者住所	岩泉町岩泉字惣畑59番地5	本人との関係	子

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。
- 預貯金等の金額は、口座振替による入金・引き出しの記録に基づき、最新の残高を記入してください。
- ※申請書裏面の同意書も忘れずに記入してください。
- 虚偽の申告は、罰金・懲役のリスクがあります。また、申請書の提出後、審査の結果、支給されなかった場合、最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- 「遺族年金」には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

1 注意事項（先にお読みください）

下記の事項については、負担限度額認定申請書の個人番号欄に個人番号を記載した場合に必要な添付書類です。個人番号を記載しない場合、添付書類は必要ありません。

また、下記書類の添付が難しい場合は、個人番号を記載しないで申請をしてください。

なお、個人番号がわからない等の理由で個人番号が未記載の場合であっても申請を受理します。

2 個人番号を記載した際の添付書類について

（１）本人申請の場合

本人が申請書等を作成し役場へ提出をする場合の添付書類は、次のとおりです。

① 「本人の個人番号（マイナンバー）」の確認について

原則として本人の個人番号カードや通知カードのコピー、または本人の個人番号が記載された住民票の写しを添付してください。

② 「本人の身元」の確認について

本人の個人番号カードや運転免許証など官公署が発行した顔写真入りの書類のコピーを添付してください。

（２）代理人による申請の場合

代理人が申請を行う場合、個人番号（マイナンバー）が記載された申請書等を役場で受付する際に、「代理権」「代理人の身元」及び「本人の個人番号（マイナンバー）」の3点を確認します。

その際に必要な添付書類は 次のとおりです。

① 「代理権」の確認

成年後見人等の法定代理人の場合は、戸籍謄本その他その資格を証明する書類を、それ以外の任意代理人の場合は、委任状または本人の介護保険被保険者証など官公署等から本人に対し発行された書類のコピーを添付してください。

② 「代理人の身元」の確認

代理人の運転免許証や居宅介護支援専門員証など官公署が発行した顔写真入りの書類のコピーを添付してください。

③ 「本人の個人番号（マイナンバー）」の確認

本人の個人番号カードや通知カードのコピー、または本人の個人番号が記載された住民票の写しを添付してください。