

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ	オオヤマ タロウ	保険者番号	263038
被保険者氏名	大山 太郎	個人番号	
		被保険者番号	0000123456
生年月日	明・大・昭 1年 1月 1日生	性別	男・女
住所	〒 618-8501 大山崎町字〇〇〇小字〇〇〇×番地××	電話番号	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	※課税の場合は対象外	
※ ショートステイのみご利用の方は、下記に「ショートステイ」と記入して下さい。施設名・入所日は不要です。			
介護保険施設の名称および電話番号	ショートステイ		電話番号
入所(院)年月日	年 月 日	配偶者の有無	有・無

施設入所の場合は施設名称・電話番号・入所年月日を記載してください。

※ この申請書における「配偶者」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。
 ※ 「配偶者」が「無」の場合は、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	オオヤマ サキコ
	氏名	大山 崎子
	生年月日	明・大・昭・平 1年 2月 2日生
	住所	〒 同上
	本年1月1日現在の住所	(上記住所と異なる場合のみ記載) 〒
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	※課税の場合は対象外

配偶者のいらっしゃる方のみ、『配偶者に関する事項』の記入を行ってください。

収入・預貯金等に関する申告 (配偶者分を含む)	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／老齢福祉年金受給者で								
	<input type="checkbox"/> 合計所得金額と年金収入額(非課税年金を含む)の合計額が年額80万円以下								→ (夫婦は1,650万円)以下
	<input checked="" type="checkbox"/> 合計所得金額と年金収入額(非課税年金を含む)の合計額が年額80万円超120万円以下								→ 預貯金等合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下
	<input type="checkbox"/> 合計所得金額と年金収入額(非課税年金を含む)の合計額が年額120万円超								→ 預貯金等合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下
	受給しているすべての年金保険者に○をして下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> 日本年金機構 <input checked="" type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済								65歳未満の方 → <input type="checkbox"/>
非課税年金の有無	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) <input type="checkbox"/> 障害年金							
預貯金額	1,234,567	有価証券(評価概算額)	0	その他(現金・負債を含む)	(負債) -230,000				

年間の収入額の合計と預貯金等の合計の両方があてはまるところにチェックをいれてください。

※ 必ず全ての資産について、下記の書類を添付してください。

預貯金(普通・定期・積立)・・・通帳の表紙・「金融機関・支店・種類・口座番号・名義人」が記載されているページ・直近2ヶ月から最新ページまでの写し等

有価証券・投資信託・・・銀行・信託会社・証券会社等の口座残高の写し等

金・銀等(積立購入含む)・・・購入先銀行等の口座残高の写し等

※負債(住宅ローン等)がある場合は差し引きできるので、残高証明書等を添付してください。

収入等に関する申告

※世帯員をすべてお書きください。(別世帯の配偶者を含む)

氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	性別	課税状況
1 オオヤマ サキコ 大山 崎子	妻	明・大・昭・平 1年2月2日	男(女)	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税者
2 オオヤマ サキオ 大山 崎男	長男	明・大・昭・平 28年7月3日	(男)女	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税者
3		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者
4		明・大・昭・平 年 月 日	男・女	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者

※世帯員に課税の方がいる場合は対象外

同意書

大山崎町長 様

以上のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)にかかる負担限度額認定の申請をします。

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(内縁関係のものを含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する貯蓄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まいります。

住所は、省略せず記入してください。

令和 4 年 7 月 1 日

住所 大山崎町字〇〇〇小字〇〇〇×番地××

対象者
(本人)

氏名 大山 太郎



住所 大山崎町字〇〇〇小字〇〇〇×番地××

配偶者

氏名 大山 崎子



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

代理申請者氏名	大山 崎男	続柄	長男
代理申請者住所	大山崎町字〇〇〇小字〇〇〇 ×番地 ××	電話番号	075-×××-××××

町記入欄

備考	
交付年月日	世帯課税状況 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護
年 月 日	配偶者課税状況 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> なし
適用年月日	所得+年金 <input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 120万円超
年 月 日から	資産額 <input type="checkbox"/> 基準額未満 <input type="checkbox"/> 基準額以上
年 月 日まで	可否・利用者負担区分 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階-① <input type="checkbox"/> 第3段階-②