

記載例

介護保険負担限度額認定申請書

申請日		令和 年 月 日	
フリガナ	ヒラナイ タロウ	保険者番号	0 2 3 0 1 0
被保険者氏名	平内 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6
		個人番号	
生 年 月 日	大正・昭和 18 年 4 月 20 日		
住 所	〒 039-3393 平内町大字小湊字小湊 6 3 番地		
電 話 番 号	017 (755) 2114		
遺族年金又は障害年金受給の有無	☒ 遺族年金 ☐ 障害年金		
世帯の住民税課税状況	☐ 課税 ☒ 非課税 ☐ 生活保護		
入所施設区分 (□に✓をつけてください。)	☒ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 地域密着型介護老人福祉施設 ☐ 入所申込中 ☐ 未定		
介護保険施設名 及び所在地	施設名	特別養護老人ホーム小湊	
	所在地	平内町大字小湊字小湊	
入所年月日	令和 4 年 6 月 1 日 ☒ 短期入所 ☐ 施設入所		
配 偶 者 (被保険者の妻・夫) 有・無 (当てはまる方に○をつけてください。) ※「無」の場合は記入不要です。 ※世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者も含まれます。	フリガナ	ヒラナイ ハナコ	生年月日
	氏 名	平内 花子	大正・昭和 20 年 10 月 15 日
	住 所	※利用者と同じ場合は記載不要です。	
	電話番号	()	
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	平内町大字小湊字小湊 6 3 番地		
平内町介護保険被保険者番号	市町村住民税の課税状況		
	☐ 課税 ☒ 非課税		
(申請先) 平内町長			
上記及び関係書類のとおり、食費及び居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。			
提出者	氏 名	平内 花子	電話番号 090-1234-5678
	住所（事業所が提出される場合は事業所名）	平内町大字小湊字小湊 6 3 番地	被保険者との関係 妻
認定証送付希望先	☐ 被保険者の自宅 ☐ 提出者の自宅 ☒ 入所施設		
	☐ その他 宛先：〒		

被保険者本人でない方が役場へ提出される場合は、全てご記入ください。
被保険者本人が提出する場合は、氏名及び認定証送付希望先のみご記入ください。

【注意】 1. 年度途中 2. 虚偽の申請 3. 支給

町 記入欄		確 認		審 査	
☐ 所得課税証明書 (本人又は配偶者が世帯主の場合)		世帯主課税者	無 有 ()		
☐ 通帳等の写し (更)				円 (单身・夫婦) (基準内・超)	
☐ 同意書				円	
				①、それ以上は3段階②)	
審				担当者	入力日
☐ 1 段階					/
☐ 2 段階					
☐ 3 段階 1					
☐ 3 段階 2					
☐ 3 段階 2 (課税)					
☐ 非該当 (課税世帯)					
適 用					
令和 年					
～ 令和 年					

保険者(町)が記入する欄のため、記入不要です。

※ 追加書類「収入申告書（食費・居住費の特例減額措置用）」を提出し、該当した場合

収入等申告書

1 本人預貯金等状況 (※生活保護受給の場合は記載不要です)

区分		有無	金融機関名等	残高
金融資産	預貯金	☒ 有	●●銀行 (●●支店)	1,234,567 円
		☐ 無	■●銀行 (■●支店)	567,890 円
		☐ 無	▲▲銀行 (▲▲支店)	345,678 円
		☐ 無	() 支店	円
	国債等	☐ 有 ☒ 無	国債等の有価証券を保有している場合は記入してください。	円 円
	その他 (現金等)	☒ 有 ☐ 無	タンス預金などがある場合は金額を記入してください。	2,000,000 円 円
金融資産 計 (A)				4,148,135 円
負債	住宅ローン	☒ 有 ☐ 無	●●銀行 (●●支店)	1,000,000 円 円
	その他借入	☒ 有 ☐ 無	行カードローン	300,000 円 円
	負債 計 (B)			1,300,000 円
	正味金融資産 (A-B)			2,848,135 円 ...①

2 配偶者(被保険者の妻・夫)の預貯金等状況 (※被保険者が生活保護受給の場合は記載不要です)

区分		有無	金融機関名等	残高
金融資産	預貯金	☒ 有	●●銀行 (●●支店)	987,654 円
		☐ 無	() 支店	円
		☐ 無	() 支店	円
		☐ 無	() 支店	円
	国債等	☐ 有 ☒ 無	配偶者がいる場合は、必ず記入してください。	円 円
	その他 (現金等)	☐ 有 ☒ 無		円 円
金融資産 計 (A)				987,654 円
負債	住宅ローン	☐ 有 ☒ 無		円 円
	その他借入	☐ 有 ☒ 無		円 円
	負債 計 (B)			0 円
	正味金融資産 (A-B)			987,654 円 ...②

正味金融資産 合計額 (①又は①+②)	3,835,789 円
---------------------	-------------

同意書

平内町長 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なら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。

申請書の申請日と同じ日にちを記入してください。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

【本人】

住 所	平内町大字小湊字小湊63番地
氏 名	平内 太郎

【配偶者】

住 所	平内町大字小湊字小湊63番地
氏 名	平内 花子

被保険者本人及び配偶者の住所、氏名を記入してください。

収入等申告書(食費・居住費の特例減額措置用)

こちらの様式は、特例減額措置の申請をする方のみご提出ください。

8 月 1 日

●世帯の収入

氏名	前年の収入			計
	年金	給料	その他収入	
平内 太郎	785,600			785,600円
平内 花子	695,340			695,340円
平内 二郎		668,000		668,000円
※詳しい世帯の収入が不明な場合は空欄でご提出ください。				2,148,940円

●世帯の預貯金・現金・有価証券

口座名義人	金融機関名	預貯金額
平内 太郎	●●銀行 (●●支店)	522,000円
平内 太郎	■ ■銀行 (●●支店)	130,000円
平内 花子	■ ■銀行 (●●支店)	630,000円
平内 二郎	▲▲銀行 (▲▲支店)	1,046,000円
預貯金額計		2,328,000円
現金・タンス預金		円
有価証券		円
世帯の預貯金・現金・有価証券 合計		2,328,000円

●施設の利用者負担の1年間(365日)の見込額

施設介護サービス費	食費	居住費	計
256,320円	527,425円	608,820円	1,392,565円

●その他確認事項

日常生活のために必要な資産以外に活用できる資産は所有していますか	☒ いいえ ☐ はい
本人及び世帯員は介護保険料を滞納していますか	☒ いいえ ☐ はい
住民税の課税対象者となっている親族等の扶養になっていますか	☒ いいえ ☐ はい

当てはまる箇所をチェックしてください。

申告します。内容に相違はありません。

令和 8 年 8 月 1 日

被保険者氏名 平内 太郎
世帯員氏名 平内 花子
世帯員氏名 平内 二郎

【町記入欄】

	判定(×がひとつでもあれば非該当)
世帯構成員2名以上	
施設入所済	入所年月日(年 月)
世帯預貯金450万円以下	
世帯収入-施設利用負担額=80万円以下	
世帯に介護保険滞納者がいない	
判定結果	☐ 特例減額により3段階② ☐ 特例減額対象外(4段階)