記載例

介護保険負担限度額認定申請書

紀北広域連合長　様

令和　8　年　8　月　1　日

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。

①被保険者欄

被保険者番号			0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	生年月日	明治　大正　(昭和) 11年 1 月 1 日				
個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8						
フリガナ	キホク　タロウ																	
氏名	**紀北　太郎**																	
住所（住民票の住所）	〒５１９-３４０５ 北牟婁郡紀北町船津８８１－３																	7－35－0888
申請時の状況(〇印)	1、短期入所（下記の<1><2>は記入不要）													(2)、介護保険施設入所（下記の<1><2>を記入）				
<1>施設の名称及び所在地	名称	介護老人保健施設　こういき											<2>入所入院年月日	令和 8 年 8 月 1 日				
	所在地	〒５１９-３４０５ 北牟婁郡紀北町船津７７１－３																
収入等に関する申告（〇印） *分からない時は記入不要です	非課税年金受給の有無	有（遺族年金※ ・ 障害年金） ・ (無)											※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生活保護受給者/②市町民税世帯非課税である老齢福																
		③市町民税世帯非課税者であって、課税年金及び非課																ぶ年額82.65万円以下です。
	(〇)	④市町民税世帯非課税者であって、課税年金及び非課																ぶ年額82.65万円を超え、120万円以下です。
		⑤市町民税世帯非課税者であって、課税年金及び非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。																

マイナンバーの記入があった場合は、別途ご本人確認等の書類が必要になります。
マイナンバーの記入がない場合でも申請は受け付けます。

ご本人の非課税年金受給の有無について〇をつけてください。

配偶者については、世帯分離をしている配偶者または内縁の者を含みます

②配偶者欄

配偶者（夫又は妻）の有無（〇印）	(有) ・ 無 → （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	キホク　ハナコ	生年月日	明治　大正　(昭和) １３年 １ 月 １ 日	
氏名	**紀北　花子**			
住所（住民票の住所）	（☑被保険者と同じ） 〒　－	電話番号		
課税状況 *分からない時は記入不要です	市町民税　課税 ・ (非課税)			

配偶者の方の該当する課税状況に〇をつけてください。

③申請者欄

氏名	**紀北　一郎**	本人との関係	**息子**
提出代行事業所名			
住所	〒519-3405 北牟婁郡紀北町船津888－3	電話番号	0597 -35-0887

施設職員やケアマネジャー等が提出代行を行う場合のみ記入してください。

申請者欄には、窓口で届出される方の住所、氏名等をご記入ください。

◎裏面（預貯金等に関する申告等）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

紀北広域連合記入欄

添付書類		審査結果			備考
本人	配偶者				
		本人世帯	非課税 ・ 課税	□ 1、第1段階 □ 2、第2段階 □ 3、第3段階① □ 4、第3段階② □ 5、承認しない	
		配偶者	非課税 ・ 課税		
		資　産	範囲内 ・ 超過		

生活保護を受給している方については、申請にあたって④預貯金等の申告（裏面）は不要です。
（一番下の同意欄は記入してください）

④預貯金等に関する申告				
	預貯金等に関する申告（〇印）	○	おもて面の「収入等に関する申告欄」が②の方は預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（夫婦は1,650万円）、④の方は550万円（夫婦は1,550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は1,500万円）以下です。 第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	区分	被保険者（本人）		配偶者（夫または妻）
	種類	預貯金額		預貯金額
	預貯金	1,500,583 円		1,800,783 円
		50,601 円		15,652 円
		円		円
	有価証券等	氏　　名	評価概算額	
		紀北　太郎	282,163円	
	その他（負債・現金等）	内容	氏名	

該当する箇所に金額をご記入ください。
通帳を複数お持ちの場合は、通帳それぞれの金額をご記入いただいても、全て合算した金額をご記入いただいてもどちらでもかまいません。

注意事項

（１）　通帳が複数ある場合は、全てのコピーを提出してください。
（２）　配偶者がいる場合は、ご夫婦２人分の通帳等の写しを提出してください。
（３）　書ききれない場合は、余白に記入するかまた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。

〇必要書類

本人及び配偶者の預貯金等の要件を確認できる、次の書類を添付してください。

・預貯金（普通・定期）・・・１通の通帳につき、次の①②のコピーが必要です。
　①銀行・支店・口座番号・名義が分かるページ（通帳の見開き１ページ目）
　②最終残高（過去２か月以内に記帳されたもの、及び最終残高より過去２か月間の取引履歴）が分かるページ
・有価証券（株式・国債・地方債・社債など）・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
・負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用証書など

※ご提出いただきました情報および添付書類については、個人情報の厳正な管理のもと、介護保険負担限度額認定に関する業務以外には使用しません。

同意書

紀北広域連合長　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、年金保険者または銀行、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）の課税状況およ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、紀北広域連合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　８　年　８　月　１　日

＜本人＞

住　所　北牟婁郡紀北町船津８８１－３

氏　名　紀北　太郎

本人及び配偶者の住所、氏名を記入してください。