※提出前に記載抜かりがないか、別添チェックリストでご確認ください。

負担限度額認定申請書

記載例

吾川郡いの町長 様

令和 7年 7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。

フ	IJ.	ガ ナ	イノ タロウ	保険者番号	3 9 3 8 6 8
被保	よ殴る	 氏名	伊野、太郎	被保険者番号	0000012345
				個人番号 O	12345678901
生	年 .	月日	明・大・(昭) 12年 3月 4日	性別	男・女
住 所			〒 781-2192		
		<u></u> 所	いの町1700-1 連絡先 893-3810		
入所(院)した 介護保険施設					
の所在地及び 名 称(※)		也及ひ (※)	いの町1400番地 偕楽荘 連絡先 892-1086		
		院) (※)	平成28年 4月 1日	ショートステイを利用し	入所(院)していない場合及び している場合は記入不要です。
配偶者の有無		り有無		左記において「無」の 関する事項」について	場合は、以下の「配偶者にては、記載不要です。
ú	フリ	ガナ	イノ ハナコ		
自己	氏	名	伊野 花子		
偶者に	生年	三月日	明·大·昭 13年 4月 5日	個人番号 1	23456789012
関す	住	所	いの町1700-1	連絡先	893-3810
事項	現在の	月1日 の住所 :所と異 計合)		·	あの課税状況を Rしてください
Ī	課稅	2 状 沢	1 111 12 - 1112 -	非課税	
	□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 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※〈曈害年金】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。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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。 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。 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		申告	※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合	万円)、⑤の方は500万	円(同1500万円)以下です。 円(夫婦は2000万円)以下です。
		別添	預貯金額 1,234,567 円 有価証券 (評価概算額)	O	その他 (現金)※ (現金・負債 を含む) 500,000 円
※内容を記入してください 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	青者	氏名			連絡先(自宅·勤務先) 893-0231
申請	青者	住所	いの町1700-1		本人との関係 長男

注意事項

○ この由語書における「配偶者」についてけ、卅萬分離を」ている配偶者又け内緑関係の考を今五主主

本人及び配偶者の預貯金全額が確認できる通帳の写し(最新まで記帳済のもので、①残高が分かるページ(定期含む)と②表紙(氏名・口座番号がわかるページ)のコピー)を必ず添付してください。

※虚偽の申告により支給を受けた場合、<u>支給額及び最大2倍の加算金を返還</u>していただくことがあります。

同 意 書

(宛先) いの町長

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、いの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 7月 1日

<本人>

住所 いの町1700-1

氏名 伊野 太郎

<配偶者>

住所 いの町1700-1

氏名 伊野 花子

代筆 伊野 一郎

※代筆の場合記入