

# 介護保険負担限度額認定申請書

受理No.

申請日：令和 年 月 日

(申請先)

蔵王町長殿

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	印										個人番号																			
生年月日	明・大・昭					年					月					日					性別	男・女								
住所	〒										電話番号										-					-				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※	〒										電話番号										-					-				
入所(院)年月日※	昭・平・令					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、記載不要です。									

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、記載不要です。																													
配偶者に関する事項	フリガナ											生年月日	明・大・昭					年					月					日				
	氏名											電話番号																				
	住所											電話番号																				
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)																															
	市町村民税課税状況	課税・非課税		※ 本年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合で、非課税の方は直近の非課税証明書を添付してください。																												

資産に関する申告 (夫婦合計)	<input type="checkbox"/>	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)以下です。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは裏面のとおりに																											
	預貯金	円					有価証券	円					その他	円					現金・負債	円					合計額	円			
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																											
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※【 】に該当していればどちらかに○を付けてください。																											
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円を超えます。 ※【 】に該当していればどちらかに○を付けてください。																											

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名											電話番号										
申請者住所											本人との関係										

## 町処理欄

交付年月日	利用者負担段階
令和 年 月 日	
適用年月日	第1段階
令和 年 月 日から	第2段階
有効期限	第3段階
令和 年 月 日まで	第4段階

非該当理由	
課税による	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人</li> <li>配偶者</li> <li>世帯員</li> </ul>
資産の合計	<ul style="list-style-type: none"> <li>1千万円以上(単身)</li> <li>2千万円以上(夫婦)</li> </ul>

課長	補佐	係長	係
課僚			
決裁欄			

# 資産に関する申告明細書

## 1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関	金額
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
	{ 支店}	円	
合 計			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
合 計			円
その他 (現金・負債)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円
合 計			円

## 2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関	金額
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
	{ 支店}	円	
合 計			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
合 計			円
その他 (現金・負債)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円
合 計			円

合計額	
-----	--

注1) 配偶者が、蔵王町以外の市町村に居住している場合は、非課税証明書を添付してください。

注2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、別紙に記入にしてください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

## 介護保険負担限度額認定申請書

受理No.

(申請先)

蔵王町長殿

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。

申請日：令和 年 月 日

被保険者番号番号を  
記入してください。

フリガナ				被保険者番号															
被保険者指名	印			個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	性別	男・女														
住 所	〒			電話番号	-	-													
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 ※	〒			電話番号	-	-													
入所(院)年月日※	昭・平・令	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、記載不要です。														

個人番号(マイナンバー)は  
記入しなくてもかまいません

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、記載不要です。																	
配偶者に関する 事項	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日										
	氏 名																		
	住 所				電話番号														
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	どちらかに○を付けてください			1月1日時点での住所と現住所が異なる場合のみ記入														
	市町村民税課税状況	課税	・	非課税	※ 本年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合で、非課税の方は直近の非課税証明書を添付してください。														

資産に関する 申告 (夫婦合計)	<input checked="" type="checkbox"/>	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)以下です。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは裏面のとおりに																
	預貯金	9,000,000	円	有価証券	1,000,000	円	その他	現金・負債	-5,000,000	円	合計	5,000,000	円					
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、※【 】に該当していればどちらかに○を付けてください。 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円以下です。																
	<input type="checkbox"/>	市町村民税、世帯非課税者であって、※【 】に該当していればどちらかに○を付けてください。 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円を超えます。																

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

該当する口にレ点を入  
れてください。遺族年金を受けている方は  
【遺族年金・障害年金】

申請者氏名				電話番号														
申請者住所				本人との関係														

## 町処理欄

交付年月日	利用者負担段階
令和 年 月 日	
適用年月日	第1段階
令和 年 月 日から	第2段階
有効期限	第3段階
令和 年 月 日まで	第4段階

非該当理由	
課税による	・ 本人
	・ 配偶者
資産の合計	・ 世帯員
	・ 1千万円以上(単身)
	・ 2千万円以上(夫婦)

課長	補佐	係長	係
課僚			

決裁欄

# 資産に関する申告明細書

**記載例**

## 1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容		金額
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	金融機関		
		ざおう銀行〔 ざおう 支店〕	2,000,000 円	
	<input type="checkbox"/> 無	ざおう組合〔 ざおう 支店〕	1,000,000 円	
		〔 支店〕	円	
合 計				<b>3,000,000 円</b>
有価証券	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		評価概算額
		国 債		1,000,000 円
合 計				<b>1,000,000 円</b>
その他 (現金・負債)	<input type="checkbox"/> 有			円
	<input type="checkbox"/> 無			円
合 計				円

## 2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容		金額
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有	金融機関		
		ざおう銀行〔 ざおう 支店〕	4,000,000 円	
	<input type="checkbox"/> 無	ざおう組合〔 ざおう 支店〕	2,000,000 円	
		〔 支店〕	円	
合 計				<b>6,000,000 円</b>
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		評価概算額
				円
合 計				円
その他 (現金・負債)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	住宅ローン		-5,000,000 円
	<input type="checkbox"/> 無			円
合 計				<b>-5,000,000 円</b>

合計額	<b>5,000,000</b>	円
-----	------------------	---

注  
注

本人の預貯金、有価証券の合計額4,000,000円と、配偶者の預貯金の合計額6,000,000円を加算して、住宅ローンの負債額5,000,000円を差し引いて、残額5,000,000円を合計額欄に記入する。

は、非課税証明書を添付してください。所有している場合は、そのすべてを記入しない場合は、別紙に記入にしてください。

注3) 預貯金等については、金融機関等によって異なります。

注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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。