

# 介護保険負担限度額認定申請書

表

区分	新規・更新	有効期間	年7月31日まで
----	-------	------	----------

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号	栗原市 042135										
	氏 名			被保険者番号										
				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 ） 施 設	利用する施設の種類	該当する箇所の口に✓を付けてください。未定の場合はその他に✓を付けて、施設名称等は空欄のままにしてください。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他（ショートステイ）										
	施設名称											
	施設住所	〒 _____ 電話番号 ( ) _____										
	入所(院)年月日	年 月 日										

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				個人番号										
	氏名				生年月日	明・大・昭・平	年	月	日						
	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）	〒 _____													
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

収入・預貯金等に関する申告 ※申請書裏面のとおり

（申請先） 栗原市長	
上記のとおり、関係書類を添えて食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。申請にあたり、私、配偶者および同一世帯員について、市の公簿等によって課税状況を確認することに同意します。また、必要があるときは、官公署、年金保険者または銀行・信託会社その他の機関に、私および配偶者の課税状況、保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、照会することに同意します。	
年 月 日 被保険者本人 氏名 _____ ※署名または記名押印 配偶者 氏名 _____ ※署名または記名押印	受付印 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
連絡先 氏名 _____ 被保険者との関係( ) 電話番号 ( ) _____	

（栗原市記入欄） ※以下の欄には記入しないでください

処理内容	承認理由	不承認理由	備考
<input type="checkbox"/> 特定入所者	第3 <input type="checkbox"/> 世帯非課税(80万超)	<input type="checkbox"/> 世帯課税 課税者名	本人(1人) 非・課・未 所得
<input type="checkbox"/> 税照会	第2 <input type="checkbox"/> 世帯非課税(80万以下)		非・課・未 年金
<input type="checkbox"/> その他(特例減額措置)	第1 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 境界層		非・課・未
	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金		非・課・未
年度	有効期間	年 月 日 ~ 年7月31日	
			入力・照会

# 介護保険負担限度額認定申請書

(収入・預貯金等に関する申告)

裏

## 1 市町村民税課税状況

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	受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<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・非課税年金は受給していません】収入額の合計額が年額80万円以下です。(該当するものに○して下さい) ※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。	
	<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・非課税年金は受給していません】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(該当するものに○して下さい)	

## 2 本人の預貯金等状況

以下内訳のとおり、預貯金等の資産の合計が一定額以下です。(単身1,000万円、夫婦2,000万円)

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先	預貯金額
		[ 支店]	円
		[ 支店]	円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
			円
金銀・投資信託・現金等 (タンス預金含む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

## 3 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	預 貯 金 先	預貯金額
		[ 支店]	円
		[ 支店]	円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
			円
金銀・投資信託・現金等 (タンス預金含む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

## 4 負債の状況(借入金・住宅ローン等)

区分	有無	内 容	
本人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	借入先(種類)	金額
		[ ]	円
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[ ]	円
		[ ]	円

- (1) 配偶者が、栗原市以外の市町村に居住している場合は、課税状況が分かる書類を添付してください。
- (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てください。  
(書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。)
- (3) **金融機関、口座番号、口座名義、申請日の直近から2か月前までの残高**が確認できる通帳の写しを添付してください。  
※申請の前に記帳をお願いします。
- (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。

# ※記入方法 介護保険負担限度額認定申請書

表

区分	介護保険被保険者証に印字されている番号をご記入ください。(10ケタ)		有効期間	年7月31日まで	
被保険者	フリガナ	栗原市	042135		
	氏名	被保険者番号	個人番号	生年月日	明・大・昭 年 月 日 性別 男・女
	住所	通知されている個人番号(マイナンバー)をご記入ください。(12ケタ) ※不明な場合は記入不要		電話番号	( )
	利用する施設の種類	該当する箇所の	を付けて、施設名称等は空欄のままにしてください。		
入所(院)施設	施設の種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> その他(ショートステイ)
	施設名称				
	施設住所	〒	電話番号	( )	
	入所(院)年月日	年	月	日	

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	個人番号	平 年 月 日		
	氏名	世帯が別の配偶者及び内縁関係の者を含みます。			
	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)	〒			
課税状況	市町村民税	課税	非課税		

収入・預貯金等に関する申告	※申請書裏面のとおり	申請書裏面の収入等申告欄も忘れずにご記入ください。
---------------	------------	---------------------------

(申請先) 栗原市長

上記のとおり、関係書類を添えて食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。申請にあたり、私、配偶者および同一世帯員について、市の公簿等によって課税状況を確認することに同意します。また、必要があるときは、官公署、年金保険者または銀行・信託会社その他の機関に、私および配偶者について、照会することに同意します。

年 月 日

被保険者本人 氏名 \_\_\_\_\_ ※署名または記名押印

配偶者 氏名 \_\_\_\_\_ ※署名または記名押印

連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係( ) 電話番号 ( )

本人が署名する場合は押印不要ですが、代理人等が記入する場合は、押印が必要となります。配偶者がいる場合は、忘れずに記入してください。

(栗原市記入欄) ※以下の欄に		申請者が本人以外の場合にご記入ください。		備考
処理内容		由		
<input type="checkbox"/> 特定入所者	第3	<input type="checkbox"/> 世帯非課税(80万超)	<input type="checkbox"/> 世帯課税	本人(1人) 非・課・未 所得
<input type="checkbox"/> 税照会	第2	<input type="checkbox"/> 世帯非課税(80万以下)	課税者名	非・課・未 年金
<input type="checkbox"/> その他(特例減額措置)	第1	<input type="checkbox"/> 生活保護		非・課・未
		<input type="checkbox"/> 境界層		非・課・未
年度	有効期間	年 月 日 ~	年7月31日	入力・照会

# ※記入方法

# 介護保険負担限度額認定申請書

裏

(収入・預貯金等に関する申告)

## 1 市町村民税課税状況

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者であること	1 該当するものを○で囲んでください。 ※非課税年金も含めます。	受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<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の合計額が年額80万円以下であること。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺族年金は受給していません。		
	<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・非課税年金は受給していません】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(該当するものに○して下さい)		

## 2 本人の預貯金等状況

以下内訳のとおり、預貯金等の資産の合計が一定額以下です。(単身1,000万円、夫婦2,000万円)

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種	評価概算額
			円
金銀・投資信託・現金等 (タンス預金含む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

## 3 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	預貯金先	預貯金額
		{ 支店}	円
		{ 支店}	円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種	評価概算額
			円
金銀・投資信託・現金等 (タンス預金含む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

## 4 負債の状況 (借入金・住宅ローン等)

区分	有無	内 容	
本人	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	借入先 (種類)	金額
		{ }	円
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	{ }	円
		{ }	円

- (1) 配偶者が、栗原市以外の市町村に居住している場合は、課税状況が分かる書類を添付してください。
- (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てください。  
(書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。)
- (3) **金融機関、口座番号、口座名義、申請日の直近から2か月前までの残高**が確認できる通帳の写しを添付してください。  
※申請の前に記帳をお願いします。
- (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。