介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

播磨町長　様

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		個人番号	
		性　別	男　・　女
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
住　所 （住民登録しているところ）			
	電話		
入所している介護保険施設（※）	名　称		
	所在地	電話	
入所年月日（※）	平・令　　年　　月　　日	※ 入所していない場合またはショートステイの場合は、記入不要です	

配偶者の有無		有（別世帯及び内縁者含）　・　無		※「無」の場合は以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏　名	電話		
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	個人番号	
	住　所	被保険者の住所と違う場合に記入してください。		
	本年1月1日現在の住所	上記住所と違う場合に記載してください。		
	課税状況	市町村民税　　課税　・　非課税		

本人の収入等に関する申告	□	生活保護受給者または市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者です。
	□	市町村民税非課税世帯で本人の課税年金収入額、非課税年金収入額（※）及びその他の合計所得金額の合計が 82.65 万円以下です。 ※非課税年金には、遺族基礎（厚生）年金、障害基礎（厚生）年金、遺族（障害）共済年金等が含まれます。（非課税の恩給は対象外。）　以下同じ。
	□	市町村民税非課税世帯で本人の課税年金収入額、非課税年金収入額及びその他の合計所得金額の合計が 82.65 万円超 120 万以下です。
	□	市町村民税非課税世帯で本人の課税年金収入額、非課税年金収入額及びその他の合計所得金額の合計が 120 万を超えます。
預貯金等に関する申告	□	預貯金等の合計金額が単身 1,000 万円　（夫婦で 2,000 万円）　以下です。
	□	預貯金等の合計金額が単身　650 万円　（夫婦で 1,650 万円）　以下です。
	□	預貯金等の合計金額が単身　550 万円　（夫婦で 1,550 万円）　以下です。
	□	預貯金等の合計金額が単身　500 万円　（夫婦で 1,500 万円）　以下です。

受給している全ての年金の保険者に○印をして下さい
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

※ 預貯金等の金額の明細は裏面に記入してください。※下線部の金額は、令和８年７月までは８０．９万円です。

申請者氏名	電話
申請者住所	本人との関係

※ 申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です。

裏面につづく

預貯金に関する申告明細

		① 本人	② 配偶者
預貯金（金融機関名）		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
有価証券等		円	円
		円	円
		円	円
現金・負債等		円	円
		円	円
		円	円
合計		円	円

注意事項

1　預貯金、有価証券等については、同じ種類のものを複数所有している場合は、そのすべてを記入し、**すべての通帳等の写し（金融機関名・口座番号・名義が分かるページ及び直近６ヶ月分の取引履歴）を添付してください。**

2　預貯金の通帳は、**最新の記帳**を行ってください。

3　預貯金等について裏面に書ききれない場合は、別紙（様式任意）に記入の上添付してください。

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、支給された額及びその額の最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

同　意　書

播磨町長　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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関（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、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かまいません。

年　　月　　日

＜本人＞
住所

氏名

＜配偶者＞
住所

氏名

町記入欄

受付日　　年　月　日	利用者負担段階	収入等情報	備考
受付者	□　第１段階	課税年金収入額　＿＿＿＿＿＿円	
適用年月日　　年　月　日	□　第２段階	非課税年金収入額　＿＿＿＿＿＿円	
有効期限　　年７月31日	□　第３段階①	その他合計所得金額　＿＿＿＿＿＿円	
交付年月日　　年　月　日	□　第３段階②	生活保護／老齢福祉年金　□有　□無	
	□　非該当	預貯金等　□基準内　□基準超え	