

介護保険 負担限度額認定申請書
(特定入所者介護(予防)サービス費)

令和
8年

梶原町長 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。

ピンク

		申請日	令和		年	月	日
フリガナ 被保険者氏名	㊞	保険者番号		3		9	4 0 5 6
		被保険者番号					
		個人番号					
生 年 月 日	大正・昭和		年	月	日	生	
住 所	〒		—		※被保険者のことについて、確認が取れる番号をお願いします。		
介護保険施設の 所在地及び名称 (入所している 場合)	〒		—		入所年月日	平成 年 月 日 令和	
					電話番号 — —		
配偶者の有無	有 ・ 無		※左記「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」について記載不要です。				
配偶者に 関する事項	フリガナ			生年月日	大正・昭和 年 月 日生		
	氏 名			個人番号			
				課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		
	住 所	〒 —		※被保険者住所と異なる場合に記載ください。			
			電話番号 — —				
本年1月1日 現在の住所	〒 —		※現住所と異なる場合に記載ください。				
収入等に 関する申告	☐ 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						
	☐ 市町村民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金※・障害年金〕収入額の合計額が年額82.65万円以下です。 ※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。						
	☐ 市町村民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金※・障害年金〕収入額の合計額が年額82.65万円超120万円以下です。						
	☐ 市町村民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金※・障害年金〕収入額の合計額が年額120万円を超えます。						
預貯金等に 関する申告	☐ 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。				預貯金額		円
	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。				有価証券 (評価概算額)		円
	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。				その他		円
	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。				(現金・負債を含む)		
※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写し別添のとおり							
代 理	住 所	〒 —					
	氏 名	㊞		電話番号		— —	
		被保険者との関係 ()					

● 被保険者以外の方へ結果通知及び認定証を送付希望の場合は、下記に氏名・住所をご記入ください。

送付先住所	〒 —	氏 名	
-------	-----	-----	--

梶 原 町 確 認 欄 (令和7年度 判定分)	課 税 状 況 の 確 認 方 法	公 簿 ・ 市町村課税証明書 ・ その他	
		課税 ・ 非課税 / 別世帯の配偶者 無 ・ 有 → 課税 ・ 非課税	
	預 貯 金 額	円	
	有 価 証 券 (評 価 概 算 額)	円	
	そ の 他 (現 金 ・ 負 債 含 む)	円	
	利 用 者 負 担 段 階	第 段階	
	適 用 年 月 日	令和 年 月 日 から	
有 効 期 限	令和 年 月 日 まで		

起 案	令和 年 月 日	課 長	副課長	係 長	係	(備 考) 要介護 ・ 要支援
決 裁	令和 年 月 日					

資産の詳細について

①預貯金等および現金

(1)本人分

※預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください

※負債については、添付資料を確認し、預貯金から差し引きます

※申請書の「預貯金等に関する申告」と同額になるようにご記入ください

金融機関名	支店名	種別	口座番号	残高
高知銀行	支店	普・当		円
高知県農業協同組合	支所	普・当		円
ゆうちょ銀行	支店	普・当		円
		普・当		円
		普・当		円
現金等				円
合 計				円

(2)配偶者分

金融機関名	支店名	種別	口座番号	残高
高知銀行	支店	普・当		円
高知県農業協同組合	支所	普・当		円
ゆうちょ銀行	支店	普・当		円
		普・当		円
		普・当		円
現金等				円
合 計				円

②有価証券等

(1)本人分

金融機関名	支店名	種別	名義人	残高
				円
				円
合 計				円

(2)配偶者分

金融機関名	支店名	種別	名義人	残高
				円
				円
合 計				円

③負債

(1)本人分

貸主	名目	残高
		円
		円
合 計		円

(2)配偶者分

貸主	名目	残高
		円
		円
合 計		円

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、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、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 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。

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公庁、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関に私及び配偶者(内縁関係の者を含む)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照会することに同意します。

〈本人〉

住所

氏名

㊞

〈配偶者〉

住所

氏名

㊞

色付けした部分をご記入ください(裏面も)

記入例

介護保険 負担限度額認定申請書

(特定入所者介護(予防)サービス費)

梶原町長 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。

		申請日	令和 年 月 日											
フリガナ 被保険者氏名	フリガナ		保険者番号							3 9 4 0 5 6				
	氏 名		被保険者番号		1 2		3 4		5					
	住 所		個人番号		1 2 3 4		5 6 7 8		9 0 0 0					
生 年 月 日	大正6年12月7日		電話番号※		0889-65-1170									
住 所	〒 785-0612 高知県高岡郡梶原町川西路2320番地1		※被保険者のことについて、確認が取れる番号をお願いします。											
介護保険施設の 所在地及び名称 (入所している 場合)	〒 -		入所年月日		平成 年 月 日					令和				
	※施設に入所されている方は記入		電話番号		- -									
配偶者の有無	☒ 有 ・ 無		※左記「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」について記載不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ	フリガナ		生年月日	大正・昭和 8 年 10 月 25 日生									
	氏 名	梶原 花子		個人番号	1 2 3 4		5 6 7 8		9 0 0 1					
	住 所	〒 -		課税状況	市町村民税 課税 ☒ 非課税									
	本年1月1日 現在の住所	〒 -		※被保険者住所と異なる場合に記載ください。	※配偶者の住所が被保険者と同じ場合は不要 電話番号 - -									
収入等に関する申告	☐ 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 ☐ 市町村民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金※・障害年金〕収入額の合計額が年額82.65万円以下です。 ※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。 ☒ 市町村民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金※・障害年金〕収入額の合計額が年額82.65万円超120万円以下です。 ☐ 市町村民税世帯非課税で、課税年金収入額と合計所得金額と〔遺族年金※・障害年金〕収入額の合計額が年額120万円を超えます。													
預貯金等に関する申告	☐ 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。		預貯金額	1,200,000 円										
	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。		有価証券 (評価概算額)	500,000 円										
	☒ 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 ☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写し別添のとおり		その他 (現金・負債を含む)	100,000 円										
代 理	住 所	〒 -												
	氏 名	被保険者との関係 (梶原)		電話番号	- -									

● 被保険者以外の方へ結果通知及び認定証を送付希望の場合は、下記に氏名・住所をご記入ください。

送付先住所	〒 -	氏 名	
送付先を変更する場合に記入			

裏面にも記載いただく箇所がございます。
ご不明な点は提出時にお尋ねください。

資産の詳細について

①預貯金等および現金

(1)本人分

※預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください

※負債については、添付資料を確認し、預貯金から差し引きます

※申請書の「預貯金等に関する申告」と同額になるようにご記入ください

金融機関名	支店名	種別	口座番号	残高
高知銀行	桒原 支店	普・当	1 1 1 1 1 1 1	1,000,000 円
高知県農業協同組合	〇 〇 支 所	普・当	2 2 2 2 2 2 2	900,000 円
ゆうちょ銀行	支店	普・当		円
〇〇銀行	〇 〇 支店	普・当	3 3 3 3 3 3 3	5,000,000 円
		普・当		円
				円
				6,900,000 円

お持ちの資産についてご記入ください

①預貯金等および現金

②有価証券等

③負債

(2)配偶者分

金融機関名	支店名	種別	名義人	残高
高知銀行				円
津野山農業協同組合		普・当		円
ゆうちょ銀行	六四八 支店	普・当		2,000,000 円
		普・当		円
		普・当		円
現金等				円
合 計				2,000,000 円

②有価証券等

(1)本人分

金融機関名	支店名	種別	名義人	残高
〇〇銀行	〇 〇 支店	〇〇	1234 567	500,000 円
				円
合 計				500,000 円

(2)配偶者分

金融機関名	支店名	種別	名義人	残高
				円
				円
合 計				円

③負債

(1)本人分

貸主	名目	残高
桒原 次郎	〇〇〇〇〇	100,000 円
		円
合 計		100,000 円

(2)配偶者分

貸主	名目	残高
		円
		円
合 計		円

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、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、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 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。

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公庁、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関に私及び配偶者(内縁関係の者を含む)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照会することに同意します。

〈本人〉

住所 高知県高岡郡桒原町川西路2320番地1

氏名 桒原 太郎

桒原 印

〈配偶者〉

住所 高知県高岡郡桒原町川西路2320番地1

氏名 桒原 花子

桒原 印