

介護保険負担限度額認定申請書 **令和8年度**

年 月 日

(申請先)

松阪市長

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 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
	生年月日		年 月 日																	
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 （※）	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、記入不要です。																	

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者の有無が「無」の場合、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																			
	氏名																			
	生年月日	年 月 日		個人番号																
	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）	電話番号																		
課税状況	市町村民税： <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税																			

収入等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	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																	
	<input type="checkbox"/>	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※・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82万6,500円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※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"/>	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82万6,500円を超え、120万円以下です。																	
	<input type="checkbox"/>	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 ※通帳等の写し は別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。																	
	預貯金額	円	有価証券 （評価概算額）	円	その他 （現金・負債を 含む）	円	（ ）※ 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、以下の記載は不要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		電話番号	

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、その全てを記入し、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。

<市役所記入欄>

結果	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3-1	<input type="checkbox"/> 3-2	<input type="checkbox"/> 非該当	適用年月日	年	月	日	受付	
----	----------------------------	----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------	---	---	---	----	--

※裏面もご記入ください

(添付資料)

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、松阪市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。

年 月 日

(被保険者)

住所： _____

氏名： _____

(配偶者)

住所： _____

氏名： _____

(同意書住所、氏名を代筆された場合のみ記入)

代筆者氏名： _____ 被保険者との関係： _____

<市役所記入欄>

確認		認定有効期間	
生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 認定あり：	年 月 日 ~ 年 月 日
本人	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 新規申請中 (申請日： 年 月 日 / 審査会： 月 日)	<input type="checkbox"/> 更新申請中 (有効期限： 年 月 日 / 審査会： 月 日)
配偶者	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税		
世帯員	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税		
資産	<input type="checkbox"/> 範囲内 <input type="checkbox"/> 超過		
個人番号記入者		備考	
被保険者	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 代 <input type="checkbox"/> 職		
配偶者	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 代 <input type="checkbox"/> 職		