

介護保険負担限度額認定申請書

令和7年度

(宛先) 松阪市長

次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。

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                                              |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------------------|---------------|------|---------------|-------------------------------------|---|--|--|--|
| フリガナ<br>氏 名              | 保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                      |          | 2 4 2 0 4 0                                  |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
|                          | 被保険者番号                                                                                                                                                                                                                                                     |          |                                              |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
|                          | 個人番号                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                              |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
| 生年月日                     | 明・大・昭      年      月      日                                                                                                                                                                                                                                 |          | 性 別                                          |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
| 住 所                      | 〒      ー      電話番号<br>(      )                                                                                                                                                                                                                             |          |                                              |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
| 介護保険施設<br>名称             | ※介護保険施設に入所(入院)していない場合には、記入不要です。                                                                                                                                                                                                                            |          |                                              |               |      | 入所<br>年月<br>日 | 平・令      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<br>「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<br>する事項            | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                              |               |      |               | 生 年 月 日                             |   |  |  |  |
|                          | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                        |          |                                              |               |      |               | 明・大・昭      年      月      日          |   |  |  |  |
|                          | 個人番号                                                                                                                                                                                                                                                       |          |                                              |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
|                          | 住 所<br>※被保険者と<br>同じ場合は<br>記入不要                                                                                                                                                                                                                             | 〒      ー |                                              |               |      |               | 市町村民税課税状況<br><br>課税      ・      非課税 |   |  |  |  |
| 収入等に関<br>する申告            | 1    生活保護・老齢福祉年金受給の方<br>2    市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の<br>合計額が年額80万9千円以下の方<br>3-① 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の<br>合計額が年額80万9千円超、120万円以下の方<br>3-② 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の<br>合計額が年額120万円超の方<br>4    その他(      ) |          |                                              |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
| 受給中の年金                   | 遺族年金                                                                                                                                                                                                                                                       |          | 有      ・      無                              |               | 障害年金 |               | 有      ・      無                     |   |  |  |  |
| 預貯金等に<br>関する申告<br>(夫婦合計) | 被保険者及び配偶者の預貯金、有価証券等の合計額を項目ごとに記入してください。<br>※名義人及び最新の残高が確認できる被保険者及び配偶者の通帳等の写しを添付してください。                                                                                                                                                                      |          |                                              |               |      |               |                                     |   |  |  |  |
|                          | 預貯<br>金額                                                                                                                                                                                                                                                   | 円        |                                              | 有価<br>証券<br>等 | 円    |               | その他<br>(現金・負債等)                     | 円 |  |  |  |

申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。

|       |                  |
|-------|------------------|
| 申請者氏名 | 電話番号<br>(      ) |
| 申請者住所 | 本人との関係           |

※裏面もご記入ください

受  
付  
者

同意書

(宛先) 松阪市長

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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

代筆者

本人との関係 [ ]

<配偶者>

住所

氏名

代筆者

配偶者との関係 [ ]

※注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者、又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 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、その合計額を記入してください。
- (3) 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。
- (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。

市記入欄

| 課税・資産状況  |                              |                             | 示                                                                                        | 結果                                                                                                                                                                   | 備考       |  |
|----------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|
| 本人       | <input type="checkbox"/> 非課税 | <input type="checkbox"/> 課税 | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 申 ※ | <input type="checkbox"/> 第1段階<br><input type="checkbox"/> 第2段階<br><input type="checkbox"/> 第3-①段階<br><input type="checkbox"/> 第3-②段階<br><input type="checkbox"/> 非該当 |          |  |
| 世帯員      | <input type="checkbox"/> 非課税 | <input type="checkbox"/> 課税 |                                                                                          | 認定有効期間                                                                                                                                                               |          |  |
| 配偶者      | <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 配偶者個人番号<br>本・代・職 本・代・職                                                                                                                                          |          |  |
| 交付年月日    |                              |                             | 適用年月日                                                                                    |                                                                                                                                                                      | 有効期限     |  |
| 令和 年 月 日 |                              |                             | 令和 年 月 日                                                                                 |                                                                                                                                                                      | 令和 年 月 日 |  |