

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 天城町長

令和 年 月 日

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。

性別	男 ・ 女	被保険者番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
被保険者氏名		個人番号	
住所	連絡先		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	連絡先		
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	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、下記配偶者欄の記載は不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	氏名	個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 連絡先	
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合記入)	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告		生活保護受給者	預貯金等の基準額			
			単身	配偶者有		
<input type="checkbox"/>		市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	1000 万円以下	2000 万円以下		
<input type="checkbox"/>		世帯全員が市町村民税非課税で、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80万円以下	650 万円以下	1650 万円以下		
<input type="checkbox"/>		世帯全員が市町村民税非課税で、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80万円超120万円以下	550 万円以下	1550 万円以下		
<input type="checkbox"/>		世帯全員が市町村民税非課税で、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120万円超	500 万円以下	1500 万円以下		
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券	円	現金・負債 その他	円

※預貯金、有価証券にかかる通帳等のコピーの添付が必要です。

## 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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、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構いません。

令和 年 月 日	介護保険係受付印
被保険者本人 氏名	
配偶者 氏名	

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先・携帯）
申請者住所	本人との関係

記入例

申請年月日を記入してください。

介護保険負担限度額認定申請書

令和3年8月1日

(申請先) 天城町長

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。

負担限度額を申請しようとする被保険者本人の名前とフリガナを記入してください。

住民票の住所を記入してください。

対象者と住所が同じ場合は□にシ点を付けてください。住所が違う場合は住所と連絡先を記入してください。

収入について該当する項目の□にシ点を付けてください。また、遺族年金や障害年金を受給している場合は該当する年金の種類に○を付けてください。

内容の分かる通帳、有価証券、借用証書等のコピーを付けて下さい。

申請年月日を記入してください

負担限度額の申請をしようとする被保険者本人の名前を記入してください。

被保険者本人以外が申請書を提出する場合は、氏名、住所、本人との関係、連絡先を記入してください。

マイナンバーカードに記載されている12桁の数字です。

預貯金等の基準額はこちらで確認してください。記入例の場合は、基準額は550万円(夫婦は1550万円)

※預貯金、有価証券にかかる通帳等のコピーの添付が必要です。

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、報告を求めると同意します。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構いません。

令和 年 月 日

介護保険係受付印

被保険者本人の配偶者の住所と名前を記入してください。

被保険者本人 氏名

配偶者 氏名

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	広城 次郎	連絡先(自宅・勤務先・携帯)	080-xxxx-xxxx
申請者住所	☆☆町◇◇4321番地	本人との関係	子

性別	男	被保険者番号	0123456789
フリガナ	コウイキ タロウ	生年月日	明・大(昭)12年2月3日生
被保険者氏名	広城 太郎	個人番号	123456789012
住所	〇〇町△△1234番地	連絡先	090-xxxx-xxxx
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〇〇町△△5678番地	連絡先	09xxx-xx-xxxx
入所(院)年月日	令和2年3月4日	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	有	左記において「無」の場合は、下記配偶者欄の記載は不要です。	
フリガナ	コウイキ ハナコ	生年月日	明・大(昭)11年2月3日生
氏名	広城 花子	個人番号	210987654321
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先	
本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合記入)		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	預貯金等の基準額はこちらで確認してください。	預貯金等の基準額	単身 / 配偶者有	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税である高齢者	記入例の場合は、基準額は550万円(夫婦は1550万円)	1000万円以下 / 2000万円以下		
	<input checked="" type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税で、課税【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下		650万円以下 / 1650万円以下		
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税で、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120万円超		550万円以下 / 1550万円以下		
預貯金等に関する申告	預貯金額	1,000,000円	有価証券	円	現金・負債その他	500,000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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
  - 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。

# 介護保険負担限度額認定申請について

## 介護保険施設を利用するときの居住費と食費～

介護保険3施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設）やショートステイを利用する方の居住費・食費については、ご本人による負担が原則ですが、以下3つの条件を全て満たしていれば介護保険負担限度額認定制度により自己負担額の軽減を受ける事が出来ます。

軽減を受けられるのは、次の3つ全てに該当する方です。

- (1) 本人及び同一世帯の方全てが住民税非課税者であること
- (2) 本人の配偶者（別世帯も含む）が住民税非課税者であること
- (3) 課税年金収入額と合計所得金額、遺族年金や障害年金等の収入額の合計年額が  
80万円以下 であれば、預貯金が**单身650万円以下、夫婦1650万円以下**  
80万円超～120万円以下 であれば、預貯金が**单身550万円以下、夫婦1550万円以下**  
120万円超 であれば、預貯金が**单身500万円以下、夫婦1500万円以下**

居住費・食費の負担軽減を受けるには、**天城町役場けんこう増進課**介護保険係へ申請書と預貯金等に関する申告内容を証明するコピーを提出してください。本人及び配偶者の収入や資産状況、同一世帯の課税状況等により負担軽減の段階を審査判定します。認定後に交付される「介護保険負担限度額認定証」をご利用の施設へご提示ください。

### ●提出書類（以下2点）

- ・介護保険負担限度額認定申請書
  - ・預貯金（普通・定期）の通帳、有価証券等のコピー  
（必ず申請日直前に記帳してからコピーしてください）
- ※以下の(1) (2)両方が必要です。

〒891-7692  
鹿児島県大島郡  
天城町平土野2691番地1  
  
天城町役場 けんこう増進課  
介護保険係 行