

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 山梨市長  
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。

|                                  |                                                                   |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ<br>被 保 険 者 氏 名              |                                                                   | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                  |                                                                   | 個人番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日                          | 明・大・昭 年 月 日                                                       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                              | 〒 連絡先                                                             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）した介護保険<br>施設の所在地及び名称<br>（※） | 〒 連絡先                                                             |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日（※）                      | 昭・平・令 年 月 日 （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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、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<br>氏 名            |              |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 生 年 月 日                | 明・大・昭 年 月 日  |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 住 所                    | 〒 連絡先        |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） | 〒            |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 課 税 状 況                | 市民税 課税 ・ 非課税 |  |                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |                          |                                                                                                                                         |   |                 |   |                   |            |                                                                        |                            |  |  |  |  |
|------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------|---|-------------------|------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|
| 収入に関する申告   | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                                                                                            |   |                 |   |                   |            | 預貯金等資産要件<br>単身で 1,000 万円以下※1                                           |                            |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者であって、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 <b>年額 82.65 万円以下</b> です。（受給している年金に○してください）<br>※ 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。 |   |                 |   |                   |            | 受給している全ての年金の保険者に○をつけてください。<br><br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済 | 預貯金等資産要件<br>単身で 650 万円以下※1 |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者であって、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 <b>年額 82.65 万円を超え、120 万円以下</b> です。（受給している年金に○してください）                                   |   |                 |   |                   |            |                                                                        | 預貯金等資産要件<br>単身で 550 万円以下※1 |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 市民税世帯非課税者であって、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 <b>年額 120 万円を超えます</b> 。（受給している年金に○してください）                                              |   |                 |   |                   |            |                                                                        | 預貯金等資産要件<br>単身で 500 万円以下※1 |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり                                                                                                              |   |                 |   |                   |            |                                                                        |                            |  |  |  |  |
|            |                          | 預貯金額                                                                                                                                    | 円 | 有価証券<br>（評価概算額） | 円 | その他<br>（現金・負債を含む） | ( )※2<br>円 |                                                                        |                            |  |  |  |  |

※1 夫婦世帯における配偶者の上乘せ分は 1,000 万円      ※2 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、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<br>〒 | 本人との関係         |

- 注意事項
- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離を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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
  - (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。

|        |     |     |     |     |
|--------|-----|-----|-----|-----|
| 保険者確認欄 | 備 考 | 受 付 | 入 力 | 確 認 |
|        |     |     |     |     |

裏面にも記入してください。

(裏面)  
預貯金等に関する申告

| 種類          | 氏名（口座名義） | 金融機関及び支店名 | 預貯金額  |
|-------------|----------|-----------|-------|
| 預貯金         |          |           |       |
|             |          |           |       |
|             |          |           |       |
|             |          |           |       |
| 有価証券等       | 氏名       | 種類        | 評価概算額 |
|             |          |           |       |
|             |          |           |       |
| その他（負債・現金等） | 氏名       | 種類        | 金額    |
|             |          |           |       |
|             |          |           |       |
| 合計          |          |           |       |

- 必要書類
- ・ 預貯金の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
  - ・ 預貯金（普通・定期）・・・通帳の写し（銀行名・支店名・名義・最終残高（2ヶ月前まで）の分かる部分
  - ・ 有価証券（株式・国債など）・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
  - ・ 負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用書など

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、山県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。

山 県 市 長 あて

年 月 日

<被保険者>  
住所  
  
氏名

<配偶者>  
住所  
  
氏名

<代筆者>  
氏名  
  
続柄（ ）

|          |     |         |    |                                 |     |
|----------|-----|---------|----|---------------------------------|-----|
| 受付<br>確認 | 本人  | □個番     | 1点 | □運免 □個力 □パス □障手 □在力             | 確認者 |
|          |     |         | 2点 | □健保 □介保 □負証 □高証 □年金 □福証 □その他（ ） |     |
|          | 代理人 | □代身 □委任 |    |                                 |     |