

介護保険負担限度額認定申請書

受理No.

申請日：令和 年 月 日

(申請先)

蔵王町長 殿

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											被保険者番号																			
被保険者氏名											個人番号																			
生年月日	大・昭					年					月					日					性別	男・女								
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※	平・令					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、記載不要です。									

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、記載不要です。																																	
配偶者に関する事項	フリガナ											生年月日					大・昭					年					月					日				
	氏名											電話番号																								
	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)																																			
	市町村民税課税状況	課税・非課税		※ 本年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合で、非課税の方は直近の非課税証明書を添付してください。																																

資産に関する申告 (夫婦合計)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が下記の、①の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、②の方は650万円（同1,650万円）、③-1の方は550万円（同1,550万円）、③-2の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは裏面のとおり																											
	預貯金	円					有価証券	円					その他	円					現金・負債	円					合計額	円			
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 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																											
	<input type="checkbox"/>	② 市町村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】の収入額の合計額が 年額80万9,000円以下 です。 ※【 】受給している年金に○をつけてください。																											
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村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】の収入額の合計額が 年額80万9,000円を超え120万円以下 です。 ※【 】受給している年金に○をつけてください。																											
	<input type="checkbox"/>	③-2 市町村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】の収入額の合計額が 年額120万円を超えます 。 ※【 】受給している年金に○をつけてください。																											

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名											電話番号										
申請者住所											本人との関係										

町処理欄

交付年月日	利用者負担段階
令和 年 月 日	第1段階
適用年月日	第2段階
令和 年 月 日から	第3段階①
有効期限	第3段階②
令和 年 月 日まで	第4段階

非該当理由	
課税による	<ul style="list-style-type: none"> 本人 配偶者 世帯員
資産の合計	<ul style="list-style-type: none"> ① 1,000万円（夫婦2,000万円）以上 ② 650万円（同1,650万円）以上 ③-1 550万円（同1,550万円）以上 ③-2 500万円（同1,500万円）以上

課長	補佐	係長	係
課僚			
決裁欄			

資産に関する申告明細書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関	金額
		[支店]	円
		[支店]	円
	[支店]	円	
合 計			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
合 計			円
その他 (現金・負債)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円
合 計			円

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関	金額
		[支店]	円
		[支店]	円
	[支店]	円	
合 計			円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
合 計			円
その他 (現金・負債)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円
合 計			円

合計額	
-----	--

注1) 配偶者が、蔵王町以外の市町村に居住している場合は、非課税証明書を添付してください。

注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。書き切れない場合は、別紙に記入にしてください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注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、支給された額および最大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書

受理No.

申請日：令和 年 月 日

(申請先)

蔵王町長 殿

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。

被保険者番号番号を
記入してください。

フリガナ	被保険者番号																		
被保険者指名	個人番号																		
生年月日	大・昭	年	月																
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※	平・令	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、記載不要です。														

個人番号(マイナンバー)は
記入しなくてもかまいません

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、記載不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ				生年月日	大・昭	年	月	日											
	氏 名																			
	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															
	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税	※ 本年1月1日現在の住所が現住所と異なる場合で、非課税の方は直近の非課税証明書を添付してください。																	

どちらかに○を付けてください

1月1日時点での住所と現住所が異なる場合のみ記入

資産に関する 申告 (夫婦合計)	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が下記の、①の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、②の方は650万円（同1,650万円）、③-1の方は550万円（同1,550万円）、③-2の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは裏面のとおりに																	
	預貯金	9,000,000	有価証券	1,000,000	その他	現金(負債)	-5,000,000	合計	5,000,000										
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																	
	<input type="checkbox"/>	② 市町村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】の収入額の合計額が 年額80万9,000円以下です。 ※【 】受給している年金に○をつけてください。																	
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村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】の収入額の合計額が 年額80万9,000円を超え120万円以下です。 ※【 】受給している年金に○をつけてください。																	
	<input type="checkbox"/>	③-2 市町村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】の収入額の合計額が 年額120万円を超えます。 ※【 】受給している年金に○をつけてください。																	

該当する□にレ
点を入れてください

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名				電話番号			
申請者住所				本人との関係			

町処理欄

交付年月日	利用者負担段階
令和 年 月 日	
適用年月日	第1段階
令和 年 月 日から	第2段階
有効期限	第3段階
令和 年 月 日まで	第4段階

非該当理由	
課税による	・ 本人
	・ 配偶者
資産の合計	・ 世帯員
	① 1,000万円（夫婦2,000万円）以上
	② 650万円（同1,650万円）以上
	③-1 550万円（同1,550万円）以上
③-2 500万円（同1,500万円）以上	

課長	補佐	係長	係
課僚			

決裁欄

資産に関する申告明細書

記載例

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容		金額
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関		
		ざおう銀行〔 ざおう 支店〕	2,000,000 円	
		ざおう組合〔 ざおう 支店〕	1,000,000 円	
		〔 支店〕	円	
合 計				3,000,000 円
有価証券	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		評価概算額
		国 債		1,000,000 円
合 計				1,000,000 円
その他 (現金・負債)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			円
				円
合 計				円

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容		金額
預貯金	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関		
		ざおう銀行〔 ざおう 支店〕	4,000,000 円	
		ざおう組合〔 ざおう 支店〕	2,000,000 円	
		〔 支店〕	円	
合 計				6,000,000 円
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類		評価概算額
				円
合 計				円
その他 (現金・負債)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	住宅ローン		-5,000,000 円
				円
合 計				-5,000,000 円

合計額	5,000,000	円
-----	------------------	---

注
注

本人の預貯金、有価証券の合計額4,000,000円と、
配偶者の預貯金の合計額6,000,000円を加算して
住宅ローンの負債額5,000,000円を差し引いて、
残額5,000,000円を合計額欄に記入する。

は、非課税証明書を添付してください。
所有している場合は、そのすべてを記入
ない場合は、別紙に記入にしてください。

注3) 預貯金等には、金融機関等に属する場合があります。

注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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。