令和8年8月1日以降利用分

介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）韮崎市長

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		保険者番号	1 9 2 0 7 0
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生　年　月　日	大・昭　　年　　月　　日		
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（※）	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、記載不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏　　名			
	生　年　月　日	大・昭　　年　　月　　日	個人番号	
	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	市町村民税　　課税　・　非課税		

収入等及び預貯金等に関する申告	□	生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 1,000 万円（夫婦の場合は 2,000 万円）以下です。
	□	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】収入額の合計額が 年額 82.65 万円以下です。（受給している年金に○して下さい。） ※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。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650 万円（夫婦の場合は 1,650 万円）以下です。 ※65 歳未満の場合は、1,000 万円（夫婦の場合は 2,000 万円）です。以下同じ。
	□	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】収入額の合計額が 年額 82.65 万円を超え、120 万以下です。（受給している年金に○して下さい。） 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550 万円（夫婦の場合は 1,550 万円）以下です。
	□	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】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○して下さい。） 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500 万円（夫婦の場合は 1,500 万円）以下です。

受給している全ての年金の保険者に○してください。
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

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 ※内容を記入

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。

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）※日中連絡のつきやすい番号
申請者住所	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。

（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。

同　意　書

韮崎市長　殿

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。）に私および配偶者（住所が別の場合や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、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　　㊞

＜配偶者＞

住　所

氏　名　　㊞

委　任　状

＜本　人＞

氏　名　　㊞

私は、次の者にこの申請を委任します。

＜代理人＞

住　所

氏　名

連絡先

（本人との関係　　）

処理欄	□第１段階　□第２段階　□第３段階　□非該当	端末確認	申請入力	認定入力
状　況	□非課税世帯　□課税世帯　□配偶者課税　□資産あり	適用年月日	有効期限	交付年月日
本　人確　認	１点確認　（個・免・介・障・その他（　　））			
	２点確認　（保・医・後・負・限・年・その他（　　））			

受　付