

介護保険負担限度額認定申請書

令和8年 月 日

七 戸 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。

フリガナ		被 保 険 者 番 号	0	0	0	0													
被保険者氏名		個 人 番 号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		生年月日	大・昭 年 月 日生																
住 所	〒 ー 電話番号																		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒 ー □ショートステイ 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、記入不要です。																		
配偶者の有無	有 ・ 無 有の場合は、裏面の「配偶者に関する事項」を記入してください。																		

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/①市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																
	☐	②市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額82.65万円以下</u> です。（受給している年金に○をしてください。以下同じ。） ※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。																
	☐	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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額82.65万円を超え、120万円以下</u> です。																
	☐	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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額120万円を超え</u> ます。																
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③-1の方は550万円（同1550万円）、③-2の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、②、③-1、③-2の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。																
	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 ※内容を記入してください

結果送付先	住所地 ・ 申請者宅 ・ 居宅事業所（ ） ・ 入所施設 ・ その他（ ）																
-------	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先【自宅・携帯電話・勤務先】 電話番号																
申請者住所 〒 ー	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) 書ききれない場合は、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。

町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日	
適用年月日	令和 年 月 日	第 段階	入力	／
有効期限	令和 年 7月 31日		送付	／

(裏面)

配偶者に関する事項

フリガナ	被 保 険 者 番 号		0	0	0	0									
配偶者氏名		個 人 番 号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		生年月日	大・昭		年		月		日生						
住 所	〒 ー		電話番号												
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒 ー		電話番号												
課税状況	市町村民税		課税		・		非課税								

同 意 書

七 戸 町 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

<本 人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

【記入例】太枠の中を記入してください
申請者本人、配偶者なしの場合

保険負担限度額認定申請書

令和8年 8 月1 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）を申請します。

申請日は令和8年
8月1日以降にする

フリガナ	シチノヘ タロウ	被 保 険 者 番 号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者氏名	七戸 太郎	個 人 番 号	* * * * *
		生年月日	大・ <u>昭</u> ○年 ×月 △日生
住 所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5 電話番号 0176-68-2500		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒039-2792 七戸町字森ノ上131-4 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 ☒ ショートステイ 電話番号		
入所（院）年月日 （※）	平 <u>令</u> 年 月 日		
配偶者の有無	有 ・ <u>無</u> 有の場合、裏面に「配偶者に関する事項」を記入してください。		

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者/①市町村生活保護受給者	いない場合は「無」に○をつけ、裏面は記載不要です			
	☒	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・ <u>障害年金</u> 】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。（受給している年金をすべて記入してください。以下同じ。）	非課税年金収入の種別を記入する（受給している年金に○をつける）			
	☐	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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。				
	☐	該当するものにチェックを入れる 分からない場合は空白でも大丈夫です				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒	預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③-1の方は550万円（同1550万円）、③-2の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、②、③-1、③-2の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。				
	預貯金額	750,000円	有価証券 （評価概算額）	0円	その他 （現金・負債を含む）	（現金）※ 60,000円 ※内容を記入してください

結果送付先	住所地 ・ 申請者宅 <u>居宅事業所（町包括）</u> ・ 入所施設 ・ その他（ ）
-------	--

○申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です

申請者氏名	送付先に○をつけてください
申請者住所 〒	電話番号
	本人との関係

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。
- 書ききれない場合は、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。
- 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。

町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日
適用年月日	令和 年 月 日	第 段階	入力 /
有効期限	令和 年 7 月 3 1 日		送付 /

配偶者に関する事項

フリガナ		被保険者番号	0000△△△△△△
配偶者氏名		個人番号	* * * * *
		生年月日	大・昭和 年 月 日生
住 所	〒 ー 電話番号 0176-68-3500		
本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 ー 電話番号		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

【記入例】太枠の中を記入してください
申請者代行、配偶者ありの場合

保険負担限度額認定申請書

令和8年 8 月 1 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）を申請します。

申請日は令和8年
8月1日以降にする

フリガナ	シチノヘ タロウ	被保険者番号	0000000000000000
被保険者氏名	七戸 太郎	個人番号	*****
		生年月日	大・昭 〇年 ×月 △日生
住 所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5 電話番号 0176-68-3500		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒039-2792 七戸町字森ノ上131-4 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 ☒ ショートステイ 電話番号		
入所（院）年月日 （※）	平 〇 年 月 日		
配偶者の有無	有・無 有の場合は、裏面の「配偶者に関する事項」を記入してください。		

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者	年齢福祉年金受給者				
	☒ ②市町村民税非課税 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円以下です。（受給している年金収入の種別を記入する（受給している年金に○をつける）） ※寡妻・寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む					
	☐ ③-1市町村民税非課税 該当するものにチェックを入れる 分からない場合は空白でも大丈夫です	その他の合計所得金額の合計額が				
	☐ ③-2市町村民税世帯非課税者であつて、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金※】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超えます。					
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☒ 預貯金、有価証券の金額の合計額が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③-1の方は550万円（同1550万円）、③-2の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）	送付先に○をつけてください				
	預貯金額	1,500,000円	有価証券 （評価概算額）	0円	その他 （現金・負債を含む）	（現金）※ 60,000円 ※内容を記入してください

結果送付先	住所地・申請者宅・居宅事業所（町包括）・入所施設・その他（ ）
-------	---------------------------------

○申請者が被保険者本人の場合に以下の記載は不要です。

申請者氏名	七戸町地域包括支援センター 〇〇 〇〇	連絡先【自宅・携帯電話・勤務先】 電話番号 0176-68-3500
申請者住所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5	本人との関係

申請者氏名も忘れずに記入願います

- 注意事項
- この申請書は、申請者本人、同居している配偶者又は内縁関係の者を含みます。
 - 預貯金等、有価証券の金額の合計額が2000万円を超える場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 - 書ききれない場合は、別紙に添付してください。
 - 虚偽の申告により不正に給付を受けた場合には、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。

町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階	処理月日
適用年月日	令和 年 月 日		入力 /
有効期限	令和 年 7 月 3 1 日	第 段階	送付 /

配偶者に関する事項

フリガナ	シチノヘ ハナコ	被 保 険 者 番 号	0	0	0	0	△	△	△	△	△	△
配偶者氏名	七戸 花子	個 人 番 号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
		生年月日	大・ <u>昭</u>		〇年		×月		△日生			
住 所	〒039-2827 七戸町字森ノ上359-5											
	電話番号 0176-68-3500											
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒039-2792 ※現住所と異なる場合のみ記入 電話番号											
課税状況	市町村民税 課税 ・ <u>非課税</u>											

課税状況をお知らせ願います

同 意 書

七 戸 町 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 8 年 8 月 1 日

申請日と同じ日付
を記入する

<本 人>

住 所 七戸町字森ノ上359-5

氏 名 七戸 太郎

<配偶者>

住 所 七戸町字森ノ上359-5

氏 名 七戸 花子