

まずはここでチェック！☑ 当てはまる箇所を確認の上、記入してください。(裏面に同意書記入例あり)

【認定条件】

- 住民税が非課税世帯(世帯分離している配偶者の課税状況を含む)であること。
- ※ 本人が非課税でも世帯員や世帯分離している配偶者が課税の場合には、認定を受けられません。
- 預貯金等の資産の合計額が、基準額以下であること。
- ※ 一定の資産がある場合には、認定を受けられません。

【記入箇所】

- 全申請者共通
- 申請をする …… ①、③、⑤を記入

以下、該当者により記入欄、および記入の有無が異なります。

- 介護保険施設に入所している …… ②を記入
- 配偶者がいる(③で有に○) …… ④を記入
- 届出者が申請者本人ではない …… ⑥を記入

〈個人番号(マイナンバー)について〉

ご不明な場合は、未記入でも受付可能です。

⑤預貯金に関する申告について

更新申請でも通帳等の写しの添付は必須です。

預貯金額等の記入をお願いいたします。

※ 預貯金額等の金額について

同居・別居に関わらず、配偶者有の場合、ご夫婦の預貯金等が対象。

預貯金額

・申請者(及び配偶者)が口座を持っている

※ お持ちの全ての口座について、預貯金額の合計を記入します。

有価証券

・株式・国債・地方債・社債等がある

・金・銀(積立購入を含む)等、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属がある

・投資信託がある

その他

・タンス預金(現金)がある

・負債がある

※ 合計額を記入します。

令和3年8月より預貯金額等の合計額の基準額が変更となっています！

記入例:更新

介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・療養・短期)

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(申請先) 南幌町長  
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	ナンボロ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9													
被保険者氏名	南幌 太郎	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0	0											
① 生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女																						
住 所	南幌町中央〇丁目〇番〇号	連絡先	011-378-〇〇〇〇																						
② 介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒069-〇〇〇〇 南幌町中央〇丁目〇番〇号 特別養護老人ホーム〇〇〇	連絡先	011-378-〇〇〇〇																						
入所(院)年月日(※)	令和〇年〇〇月〇〇日	(※) 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。																							
③ 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。																							
④ 配偶者に関する事項	有の場合 ④の配偶者に関する事項を記入	フリガナ	ナンボロ ハナコ																						
		氏名	南幌 花子																						
		生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日										個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		住 所	〒069-〇〇〇〇 南幌町中央〇丁目〇番〇号											連絡先	011-378-〇〇〇〇										
		本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒											該当するところに○											
		課税状況	市町村住民税 課税・非課税																						
⑤ 収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/市町村住民税非課税である高齢福祉年金受給者																							
	<input checked="" type="checkbox"/>	②市町村住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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含む。以下同じ。																							
	<input type="checkbox"/>	③市町村住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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。																							
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村住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】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	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は1,500万円、③の方は550万円(同1,550万円)、④の方は40歳以上64歳以下の場合は2,000万円																							
※通帳等の写しは別添		預貯金額	〇〇〇〇〇円											有価証券(評価概算額)	0円					その他(現金・負債を含む)	0円				
														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。											
⑥ 申請者氏名	合計額を記入											連絡先(自宅・勤務先)													
申請者住所												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
- 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。
- 虚偽の申告により不正に特定入居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。

記入日を記入

記入例:更新

介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・療養・短期)

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(申請先) 南幌町長

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	ナンボロ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
被保険者氏名	南幌 太郎	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	0	0
① 生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男・女											
住 所	南幌町中央〇丁目〇番〇号	連絡先	011-378-〇〇〇〇											
② 介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒069-〇〇〇〇 南幌町中央〇丁目〇番〇号 特別養護老人ホーム〇〇〇	連絡先	011-378-〇〇〇〇											
入所(院)年月日(※)	令和〇年〇〇月〇〇日	(※) 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。												

マイナンバーを記入 ※不明な場合は省略可

③ 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。																							
④ 配偶者に関する事項	有の場合 ④の配偶者に関する事項を記入	フリガナ	ナンボロ ハナコ																						
		氏名	南幌 花子																						
		生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日										個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
		住 所	〒069-〇〇〇〇 南幌町中央〇丁目〇番〇号											連絡先	011-378-〇〇〇〇										
		本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒											該当するところに○											
		課税状況	市町村住民税 課税・非課税																						

マイナンバーを記入 ※不明な場合は省略可

⑤ 収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/市町村住民税非課税である高齢福祉年金受給者																							
	<input checked="" type="checkbox"/>	②市町村住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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含む。以下同じ。																							
	<input type="checkbox"/>	③市町村住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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。																							
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村住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】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	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は1,500万円、③の方は550万円(同1,550万円)、④の方は40歳以上64歳以下の場合は2,000万円																							
※通帳等の写しは別添		預貯金額	〇〇〇〇〇円											有価証券(評価概算額)	0円					その他(現金・負債を含む)	0円				
														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。											

該当するところに○

該当があれば○ 非該当であれば二重線

日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済

無の場合0円と記入

日中に連絡が取れる電話番号を記入

# 記入例

(裏面)

## 同意書

南幌町長 様

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。併せて、貴町長が私と私の同一世帯員の住民税課税台帳を閲覧することに同意します。

### 記入日を記入

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者本人についてご記入ください。

<本人>

住所 南幌町中央〇丁目〇番〇号  
氏名 南 幌 太 郎

南幌

印鑑は認印でも可

<配偶者>

住所 南幌町中央〇丁目〇番〇号  
氏名 南 幌 花 子

南幌

配偶者（旦那様・奥様）がいる場合  
ご記入ください。

### 【町記入欄】

決定区分	認定 ・ 却下	預貯金等の金額合計
1. <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者	適用開始年月日	本人 円
2. <input type="checkbox"/> 世帯非課税かつ合計所得 80 万以下 <input type="checkbox"/> 境界層	年 月 日	配偶者 円
3. <input type="checkbox"/> 世帯非課税かつ合計所得 80 万を超え、 120 万以下 <input type="checkbox"/> 境界層	有効期限	備考
4. <input type="checkbox"/> 世帯非課税かつ合計所得 120 万を超える <input type="checkbox"/> 境界層	年 月 日	
配偶者課税状況 課税 ・ 非課税	交付年月日	
<input type="checkbox"/> 配偶者が南幌町以外（ ）	年 月 日	