

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

西予市長 様

R7 / R8 年度
 ※年度に〇をお願いします。
 <8月～翌年度7月>

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 被保険者氏名			被保険者番号																
			個人番号																
生年月日	年 月 日																		
住 所	〒 ー		電話番号																
介護保険施設の所在地及び名称(※)			電話番号																
入所(院)年月日(※)	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	年 月 日		個人番号															
	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)																		
	課税状況	市町村民税		課税 ・ 非課税															

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/>	非課税年金(遺族年金/障害年金)	預貯金等の合計額(夫婦の場合)	
	<input type="checkbox"/>	・生活保護受給者 ・老齢福祉年金受給者			単身 1,000万円 (夫婦 2,000万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	年金収入金額(非課税年金含む) + 合計所得金額が82万6,500円以下 (令和7年度分は80万9,000円以下)			単身 650万円 (夫婦 1,650万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	年金収入金額(非課税年金含む) + 合計所得金額が82万6,500円超～120万円以下 (令和7年度分は80万9,000円超～120万円以下)			単身 550万円 (夫婦 1,550万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	年金収入金額(非課税年金含む) + 合計所得金額が120万円超			単身 500万円 (夫婦 1,500万円)以下	
		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)

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)
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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(直近から2か月前分まで)
- (3) 裏面の同意書も記入してください。
- (4) 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。
- (5) 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。

※西予市記入欄

(交付年月日)	年 月 日	(備考)	課税 ・ 非課税	合計所得金額	円
(適用年月日)	年 月 日		課税年金	円/非課税年金	円
(有効期限)	年 月 日		利用者負担段階	第 段階	

(裏面)

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、西予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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名