

介護保険負担限度額認定申請書

<令和7年度>

東近江市長 様

令和 年 月 日

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		個人番号																
		被保険者番号																
生 年 月 日		年 月 日																
住 所		電話番号																
介護保険施設の 所在地及び名称 ※1		電話番号																
入所（院）年月日 ※1		年 月 日				※1 介護保険施設に入所（院）していない場合及び短期入所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」について記入不要です。													
配偶者に関する事項	フリガナ 氏 名						配偶者 個人番号											
	生 年 月 日		年 月 日															
	住 所		電話番号															
	令和7年1月1日 現在の住所																	
	課 税 状 況		市町村民税 課税 ・ 非課税															
収入等に関する申告	第1段階	☐ 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																
	第2段階	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額とその他の合計所得金額※2と【遺族年金※3・障害年金】収入額の 合計額が年額80万9千円以下です。（受給している年金を○で囲んでください。）																
	第3段階①	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額とその他の合計所得金額※2と【遺族年金※3・障害年金】収入額の 合計額が年額80万9千円超120万円以下です。（受給している年金を○で囲んでください。）																
	第3段階②	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額とその他の合計所得金額※2と【遺族年金※3・障害年金】収入額の 合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金を○で囲んでください。）																

※2その他の合計所得金額とは合計所得金額から公的年金等の雑所得を除いた金額です。

※3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。

関 預 貯 金 等 に 関 する 申 告	預貯金、有価証券等の 合計金額	☐ 第1段階 1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ☐ 第2段階 650万円（夫婦は1650万円）以下です。 ☐ 第3段階① 550万円（夫婦は1550万円）以下です。 ☐ 第3段階② 500万円（夫婦は1500万円）以下です。			
	預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（ ）※4

※4 「現金」「負債」など内容をご記入ください。

申 請 者	氏名					電話番号				
	住所					被保険者との関係				

【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方を含みます。
- (2) 預貯金等について複数保有している場合はそのすべてを記入し、また、それぞれについて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。（裏面あり）

同意書

東近江市長 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、私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）及び世帯員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、東近江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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名