

介護保険負担限度額認定申請書

令和8年8月1日

さつま町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費 押印は不要です 負担限度額認定を申請します。

フリガナ	サツマ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
被保険者氏名	薩摩 太郎	個人番号										
生年月日	明・大・昭 12年 8月 1日	性別	男									
住所	さつま町宮之城屋地1565番地2											
	連絡先 0996-53-1111											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	住所：さつま町宮之城屋地1565番地123											
	名称： 特別養護老人ホーム ○○○ 連絡先 0996-53-1111											
入所(院)年月日(※)	平 令 2年 8月 1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	サツマ ハナコ										
	氏名	薩摩 花子										
	生年月日	明・大・昭 12年 9月 1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											

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										
	☐	③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。 ※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。										
	☐	④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82.65万円超120万円以下です。										
	☐	⑤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120万円を超えます。										
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の場合1000万円(夫婦2000万円)、③の場合650万円(夫婦1650万円)、④の場合550万円(夫婦1550万円)、⑤の場合500万円(夫婦1500万円)以下です。(※第2号被保険者の場合：預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦2000万円)以下です。)										
	預貯金額 (普通・定期)	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円	※内容を記入して下さい					

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	薩摩 一郎	連絡先(自宅・勤務先・携帯)	0996-53-1111
申請者住所	さつま町宮之城屋地1565番地111	本人との関係	長男

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしない世帯員を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数ある場合は、すべてを記載し、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。

被保険者本人以外が提出される場合、申請者欄の記入をお願いします

同意書

さつま町長 様

介護保険負担限度額のために必要があるときには、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まいります。

令和 8 年 8 月 1 日

〈本人〉

住所 さつま町宮之城屋地1565番地2

氏名 薩摩 太郎

押印は不要です

〈配偶者〉

住所 同上

氏名 薩摩 花子

同意書欄が代筆の場合は代筆者の氏名を余白に記入してください

〈代筆者〉

氏名 薩摩 一郎

※決定通知の送付先

☐被保険者住所地

☐入所施設

☒その他（その他の場合は下記の送付先欄を記入して下さい）

送付先は被保険者住所地、
入所施設も選択できます。

送付先氏名	薩摩 一郎	被保険者との関係	長男
送付先住所	〒895-1816 電話番号（ 0996-53-1111 ） さつま町宮之城屋地1565番地111		