

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

境町長 様

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																
被 保 険 者 氏 名			個 人 番 号																
			生 年 月 日	年 月 日															
住 所	電話番号																		
入所（院）した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		配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。															
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）	〒		電話番号															
	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"/>	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																	
	<input type="checkbox"/>	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 80.9 万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい。) ※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。																	
	<input type="checkbox"/>	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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。																	
	<input type="checkbox"/>	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 ※通帳等の写しは別途	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）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 ※内容を記入して下さい。											

申請者が被保険者本人の場合には、下記についての記載は不要です。

申請者氏名	電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

- (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、その全てを記入し、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、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申請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。

同意書

境町長 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。

また、境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。

年 月 日

<本 人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名