

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 被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
		生年月日											
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。 <u>(受給している年金に○をして下さい。)</u> ※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120万円を超える。												
	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