

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 度会町長

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 | | | | 被保険者番号 | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | 個人番号 | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | 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 | <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) <small>※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。</small> | | 受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (受給している年金に○して下さい) | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は、各段階の定める上限額の範囲内です。 <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small> | | | | | | | |
| | 当てはまる金額に○してください。 | | | | | | | |
| | 単身1,000万円以下 <small>(夫婦2,000万円以下)</small> | | 単身650万円以下 <small>(夫婦1,650万円以下)</small> | | 単身550万円以下 <small>(夫婦1,550万円以下)</small> | | 単身500万円以下 <small>(夫婦1,500万円以下)</small> | |
| | 預貯金額 | 円 | 有価証券 <small>(評価概算額)</small> | 円 | その他 <small>(現金・負債を含む)</small> | () | ※円 | |

※内容を記入してください

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。

| | |
|--------------------------------------|-------------|
| 提出者氏名 | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地) | 本人との関係 |
| 返送先氏名(被保険者の住所以外への返送を希望する場合は記入してください) | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 返送先住所 | 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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

同意書

(宛先) 度会町長

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、度会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。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名
