

# 介護保険負担限度額認定申請書

当麻町長 あて

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	〒 連絡先																								
入所（院）した介護保険施設の所在地及び	〒 連絡先																								
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、記載不要です。																					
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	-----																							
	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"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 -----																								
	<input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であつて、（受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金・非課税年金】収入額の合計額が年額80万円以下 ※ 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つて、（受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金・非課税年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下																								
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、（受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金・非課税年金】収入額の合計額が年額120万円超																								
	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が <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">②</td> <td style="padding: 2px;">単身1,000万円（夫婦は2,000万円）以下</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">③</td> <td style="padding: 2px;">単身 650万円（夫婦は1,650万円）以下</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">④</td> <td style="padding: 2px;">単身 550万円（夫婦は1,550万円）以下</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">⑤</td> <td style="padding: 2px;">単身 500万円（夫婦は1,500万円）以下</td> </tr> </table> <p>※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は 単身 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下                  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</p>																	②	単身1,000万円（夫婦は2,000万円）以下	③	単身 650万円（夫婦は1,650万円）以下	④	単身 550万円（夫婦は1,550万円）以下	⑤
②		単身1,000万円（夫婦は2,000万円）以下																							
③	単身 650万円（夫婦は1,650万円）以下																								
④	単身 550万円（夫婦は1,550万円）以下																								
⑤	単身 500万円（夫婦は1,500万円）以下																								
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。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

## 注意事項

- 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。
- 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

**裏面の同意書にも記入、押印してください。**

(裏面)

## 同 意 書

当麻町長       あて

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、信託会社その課の関係機関（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構いません。

年    月    日

〈 本 人 〉

住 所

氏 名

〈 配偶者 〉

住 所

氏 名