

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

大治町長 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									
	⑩ 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	生 年 月 日								
	氏 名	年 月 日								
	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)									
	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。 <small>(受給している年金に○をして下さい。)</small> <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○をして下さい。	
	<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 80 万円を超えます。 <small>(受給している年金に○をして下さい。)</small>								日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
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 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下です。 ※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり									
	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、その全てを記入し、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、支給された額を返還していただくほか、支給された額の最大2倍の額の加算金を支払っていただくことがあります。

同意書

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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

町 記 入 欄	交付年月日	備 考
	年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
	適用年月日	
	年 月 日 から	
	有効期限	
	年 月 日 まで	