

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

村田町長

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	0 6						
被保険者氏名		個人番号							
		性別	男 ・ 女						
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	連絡先								
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称*	連絡先								
入所（院） 年 月 日*	令和	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		個人番号							
	氏名									
	生年月日	明・大・昭 年 月 日								
	住所	連絡先								
	本年1月1日現在の住所（所在地と異なる場合）									
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税								

収入等に関する申告 〔非課税年金受給者は受給している年金に○をしてください〕	<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	非課税年金受給者は、受給している年金保険者すべてに☑してください。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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>※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>				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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 万円以上 120 万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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 万円以上です。				
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基準額以下です。 ※預貯金、有価証券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

- (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。

裏面もご記入ください

同意書

村 田 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、信託銀行その他の関係機関（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、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。

令和 年 月 日

〈 本 人 〉

住 所

氏 名

〈 配偶者 〉

住 所

氏 名