

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												
生年月日	大・昭	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															
	氏名															
	生年月日	大・昭	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"/>	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。 <small>（受給している年金に〇してください。以下同じ。） ※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"/>	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80.9万円を越え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120万円を越えます。												
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<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。 <small>※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。</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。

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 殿

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、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