

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

平生町長 宛

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の申請をします。
また、負担限度額認定の決定内容を入所施設等に提供することを併せて承諾します。

被 保 険 者 氏 名		平 生 町	3	5	3	4	4	1
フリガナ		個 人 番 号						
(印)		被 保 険 者 番 号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別		男・女				
住 所	〒 連絡先（電話）							
介護保険施設の所在地及び名称	〒 連絡先（電話）							
入所(院)年月日	年 月 日	介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。						

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	明・大・昭 年 月 日
	住 所	〒 連絡先（電話）
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税	(○で囲んでください)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	1 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"/>	2 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	3 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。			
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1000万（夫婦は2000万）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)

申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。

申請者氏名	連絡(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

添付書類 ○ 預貯金等の照会に関する同意書(裏面) ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

※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、又は内縁関係のものを含みます。
- (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てください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面、同意欄のご記入および捺印をお願いいたします。

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、照会することに同意します。
また、平生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
