

介護保険負担限度額認定申請書

平生町長 様

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。
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。

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名			個人番号										
生年月日	明・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 ※	所在地 〒 _____		_____ 連絡先										
入所(院)年月日 ※	平成・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	明・大・昭 年 月 日					個人番号								
	住 所	〒 _____ 連絡先													
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

非課税年金の有無	有 ・ 無		年金種別	遺族年金※・障害年金			※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。	非課税年金「有」の場合 は、 <u>受給している年金に ○をしてください。</u>	
収入等に関する申告	負担段階		収入区分				預貯金等の合計額		
	第1段階	<input type="checkbox"/>	・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者				単身1,000万円（夫婦2,000万）以下		
	第2段階	<input type="checkbox"/>	世帯全員が 市町村民税 非課税	年金収入額※+	80万円以下		単身650万円（夫婦1,650万）以下		
	第3段階 ①	<input type="checkbox"/>			80万円超 ～ 120万円以下		単身550万円（夫婦1,550万）以下		
	第3段階 ②	<input type="checkbox"/>		※非課税年金収入額を含む		120万円超		単身500万円（夫婦1,500万）以下	
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は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかか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また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。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。
- (3) 第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の方は預貯金等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。
- (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、同意欄のご記入をお願いいたします。

同意書

平生町長 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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）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、報告を求め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、私およ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

<配偶者>

住所

氏名