

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

門川町長 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		被保険者番号		0	0	0	0	0							
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		Tel													
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）		Tel													
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														
	氏 名														
	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		個人番号											
	住 所														
	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													

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係
* 通知書及び認定証の送付先（希望するものに○してください。） 被保険者（本人） ・ 申請者 ・ 入所施設 ・ その他（ ）	

収入等に関する申告	☐	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
	☐	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82.65万円以下です。（受給している年金に○して下さい。） ※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
	☐	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82.65万円超120万円以下です。（受給している年金に○して下さい。）
	☐	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120万円を超えます。（受給している年金に○して下さい。）
受給している全ての年金の保険者を○で囲んでください。		日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済

< 裏面も記入してください。 >

【町記入欄】

本人世帯	課税	非課税	所得等	合計所得金額		円		
配偶者	課税	非課税		課税年金収入額		円	非課税年金収入額	円
資産	範囲内	超過	決定	承認 不承認（ 課税世帯 配偶者課税 資産超過 その他 ）				
生活保護受給	有	無						
老齢福祉年金受給	有	無	適用期間	年 月 日～	年 月 日	利用者負担段階	食費：第 段階	居住費：第 段階

預貯金等 に関する 申告		被保険者本人		配偶者	
	預貯金額	金融機関及び支店名	預貯金額	金融機関及び支店名	預貯金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
	有価証券等	種 類	評価概算額	種 類	評価概算額
			円		円
	その他	種 類	金 額	種 類	金 額
			円		円
	合計		円		円

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所有している場合は、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。

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