

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

白鷹町長 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		保 険 者 番 号		0		6		4		0		2		2	
被保険者氏名		被 保 険 者 番 号													
		個 人 番 号													
生 年 月 日		年 月 日		性 別		男 ・ 女									
住 所		〒 電話番号													
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)		〒 電話番号													
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	年 月 日		個 人 番 号											
	住 所	電話番号													
	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	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者													
	☐	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。(受給している年金に○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。												受給している全て の年金の保険者に ○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済	
	☐	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80.9万円を超え、120万円以下です。													
	☐	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120万円を超えます。													
預 貯 金 等 に 関 す る 申 告 ※通帳等の写しは 別 添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円（同1650万円）、 ④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。													
	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					

申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

申請者氏名	電話番号(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。

同 意 書

白鷹町長 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。

年 月 日

〈本人〉

住 所 _____

氏 名 _____

〈配偶者〉

住 所 _____

氏 名 _____