

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

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<br>被保険者氏名           |   | 被保険者番号 |          |
|                          |   | 個人番号   |          |
| 生年月日                     |   | 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（※）              | （※）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<br>氏 名            |   |      |  |
|           | 生年月日                   |   | 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80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。）<br>※ 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。                      |                 |   |                   |
|  | <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80万円を超え、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120万円を超えます。  |                 |   |                   |
| 預貯金等に関する申告<br><small>※通帳等の写しは別</small> | <input type="checkbox"/> | 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。<br>※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<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(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<br>〒 | 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。

## 同意書

(宛先) 日高川町長

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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者> ※配偶者がいない場合は記入不要です。

住所

氏名

印