

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

森町長 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 |   |   |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                               |   |  | 個人番号   |   |   |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |   |  | 生年月日   |   |   |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                                   | 〒 |  |        |   |   |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |   |  | 連絡先    |   |   |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 〒 |  |        |   |   |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |   |  | 連絡先    |   |   |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)年月日<br>(※)                      |   |  | 年      | 月 | 日 | (※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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、以下の「配偶者に関する事項」<br>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    | 〒 |    |     |                                              |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                    |       |   |    | 連絡先 |                                              |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本年1月1日現在の<br>住所<br>(現住所と異なる<br>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老齢福祉年金受給者                                                                                                                                       |   |                 |  |   |                       |      |   |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | <input type="checkbox"/> | ③市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>が年額82.65万円以下です。(受給している年金に○してください)<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、<br>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<br>合計額が年額82.65万円を超え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、<br>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<br>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>※通帳等の写しは<br>別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、<br>③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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<br>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、以下の記載は不要です。

|       |             |
|-------|-------------|
| 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、その全てを記入し、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。

(裏面)

## 同意書

森町長 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  
(署名)

<配偶者>

住 所

氏 名  
(署名)