

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（申請先）利府町長 熊 谷 大 殿

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。

令和 年度

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名 （申請者）		個人番号	
		生年月日	年 月 日
	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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号 （ ）		
	市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒	本年 1 月 1 日（申請が 1 月から 7 月までの場合は前年 1 月 1 日）時点の住所を記入してください。	
	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 万円以下です。（受給している年金に○して下さい。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。				
	☐	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。				
	☐	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	☐	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）、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。 ※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。				
※通帳等の写しは別添	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 ※内容を記入して下さい

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） 〒	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、別世帯の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

(申請先) 利府町長 熊 谷 大 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、利府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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名