

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

乙部町長 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			(印)		個人 番号														
性 別	男 ・ 女				生年月日		年 月 日												
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(※)	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、記載不要です。																

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		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											

収入申告等に関する申告	☐ 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市町村民税非課税世帯者であって、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80万円以下です。(受給している年金に○してください) ※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				
	☐ ④市町村民税非課税世帯者であって、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 ※通帳等の写しは添別	☐ 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)

※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、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	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

乙部町長 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

⑩

<配偶者>

住所

氏名

⑩
