

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

大槌町長 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	明・大・昭	年	月	日	性別
住民票上の住所	〒				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（※）	大・昭・平	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。

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	〒			
	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、 税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額が年額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。				
	<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】収入額、その他の合計所得金額が年額80万円を超え、120万以下です。				
	<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】収入額、その他の合計所得金額が年額120万円を超えます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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。 ※第2号被保険者の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。				
	預貯金額		有価証券 円（評価概算額）		その他（現金・負債を含む） 円	（ ）※ 円 内容を記入して下さい。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。

申請者氏名	連絡先
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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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

大槌町長                      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。）に対して、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。

【 注 】 本人と配偶者の印は、別々の印を使用してください。

（ 認印可・シャチハタ不可 ）

年            月            日

<本人>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<配偶者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印