

# 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、<br>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。<br>（↑受給している年金に○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、<br>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、<br>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<br>※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                     | 円  | 有価証券<br>（評価概算額） | 円 | その他（現金・負債を含む） | （ ）※<br>円<br>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。

年              月              日

<本人>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

<配偶者>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_