

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

八頭町長 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。

<b>フリガナ</b> 被保険者氏名	<b>被保険者番号</b>
生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日	<b>個人番号</b>
住 所	<b>性 別</b> 男 ・ 女
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 (※)	平・令 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。

<b>配偶者の有無</b>	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。
<b>配偶者に関する事項</b>	<b>フリガナ</b> 氏 名	
	生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日	<b>個人番号</b>
	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)	
	<b>課税状況</b>	市町村民税 課税 ・ 非課税

<b>収入等に関する申告</b>	<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、 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〇して下さい。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】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。	
	<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】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。	
<b>預貯金等に関する申告</b>	<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2000万円)以下、③の方は650万円(同1650万円)以下、④の方は550万円(同1550万円)以下、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。		
	<b>※通帳等の写しは別添</b>	預貯金額 円	有価証券(評価概算額) 円

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・携帯・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

八頭町長 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、年金保有者又は銀行、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まいります。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

( 代筆者氏名 )

---

<配偶者>

住 所

氏 名

( 代筆者氏名 )

---