

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

田布施町長 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。

ふりがな			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												
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（※）	昭・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。											
配偶者の有無	有 ・ 無		世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。「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	ふりがな															
	氏 名															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号										
	住 所	〒										電話番号				
	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"/> 生活保護受給者／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"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額（※）と合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額（※）と合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額（※）と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 （※）遺族年金または障害年金を受給している場合は、以下に記入してください。															
	年金種類	<input type="checkbox"/> 遺族年金（※） <input type="checkbox"/> 障害年金 （※）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。														
	年金保険者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済														

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名			電話番号										
申請者住所			本人との関係										

**注意事項**

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費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。

**町記入欄**

適用年月日			備	考													
年 月 日	住民税世帯	課税 ・ 非課税	生保	有 ・ 無	老福	有 ・ 無											
から	合計所得 課税年金収入 非課税年金収入		円	円	円	第	段階										
有効期限																	
年 月 日																	
まで																	

被保険者氏名：

預貯金等に関する申告	預貯金等の金額の合計額が <input type="checkbox"/> 1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下 <input type="checkbox"/> 650万円（夫婦の場合は1,650万円）以下 <input type="checkbox"/> 550万円（夫婦の場合は1,550万円）以下 <input type="checkbox"/> 500万円（夫婦の場合は1,500万円）以下 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別途のとおり 【申請日の直近2ヶ月以内の写し等を添付】				
	合 計	円			
	預貯金額 (※1)	円	有価証券 (※2) (評価概算額)	円	その他 (※3) (現金・負債を含む)

	口座名義	金融機関名	口座種別	口座番号	金 額
預貯金額 (※1)					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円

	氏名	種類	金額
有価証券 (※2)			円
			円
			円
			円

	氏名	種類	金額
その他 (※3)			円
			円
			円
			円

## 同 意 書

田布施町長 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、田布施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。

年 月 日

〈本人〉 住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

〈配偶者〉 住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_