

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 | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| | 市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合） | 〒 | | 本年1月1日（申請が1月から7月までの場合は前年1月1日）時点の住所を記入してください。 | | | | | | |
| 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80万円以下です。 <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80万円を超え、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 | 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) <small>(評価概算額)</small> | 円 | その他 (※3) <small>(現金・負債を含む)</small> |

| | 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 |
| | | | | | 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： _____