

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

城里町長 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											
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 (※)	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	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	明・大・昭 年 月 日	個人番号										
	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)												
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、 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の合計が 年額80.9万円以下です（受給している年金に○して下さい） ※ 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。	受給している全ての年金の保険者に○して下さい												
	<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の合計額が 年額80.9万円を超える、120万円以下（受給している年金に○して下さい）	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済												
	<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の合計額が 年額120万円を越えます。（受給している年金に○して下さい）													
	預貯金等に 関する申告	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（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（2000万円）以下です。												
預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	()*	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、下記について記載は不要です。

申請者氏名				連絡先（自宅・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

城里町長様

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、城里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。

令和　　年　　月　　日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名