

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

平群町長 殿

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	年 月 日	性別	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 (※)	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	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"/>	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 かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※ 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。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が550万円（夫婦1,550万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が500万円（夫婦1,500万円）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

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

平群町長 殿

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、貴市(町村)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

※裏面も記入ください。

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

証 確 認	交付：窓口・郵送（ / ）	担当者
	<本人確認>	
	書類名：	
	番号：	

(申請先)

平群町長 殿

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	ヘグリ タロウ	被保険者番号	
被保険者氏名	平群 太郎	個人番号	
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	(男) ・ 女
住所	平群町〇〇丁目〇番〇〇号 連絡先 〇〇-〇〇〇〇		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	上牧町〇〇丁目〇番〇〇号 特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇 連絡先 〇〇-〇〇〇〇		
入所(院)年月日 (※)	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	ヘグリ ハナコ		
	氏名	平群 花子		
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号	
	住所	平群町〇〇丁目〇番〇〇号 連絡先 〇〇-〇〇〇〇		
	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 かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。				
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金にOLして下さい) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※ 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。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金にOLして下さい) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が550万円（夫婦1,550万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金にOLして下さい) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が500万円（夫婦1,500万円）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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

平群町長 殿

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、貴市(町村)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 平群町〇〇丁目〇番〇〇号

氏名 平群 太郎

<配偶者>

住所 平群町〇〇丁目〇番〇〇号

氏名 平群 花子