

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

忠岡町長 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							
(被保険者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)									
生年月日		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	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"/>	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、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。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small> ※ 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〇して下さい		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超えます。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</small>						日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり								
	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。

【町記入欄】

本人番号確認	個人番号カード・通知カード・個人番号記載の住民票（写）・住基台帳・その他（ ）	
本人確認	確認書類（写真付）	個カ・免・旅・（身・精）障手・療手・在カ・特永証・その他（ ）
	確認書類（2つ以上）	被保証・負担割合証・年金手帳・その他（ ）
代理人確認	代理権確認	委任状・本人の被保証・戸籍謄本・その他（ ）
	確認書類（写真付）	個カ・免・旅・（身・精）障手・療手・在カ・特永証・その他（ ）
	確認書類（2つ以上）	被保証・負担割合証・年金手帳・その他（ ）

## 同意書

忠岡町長 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、忠岡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

(※)

(※)において、本人又は配偶者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。