

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

中 泊 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			性 別	男 ・ 女									
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 （※）	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 ・ 平 年 月 日									
	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	☐	① 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				非課税年金受給の有無 有 ・ 無	
	☐	② 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。（受給している年金に○して下さい。以下同じ） ※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。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済	
	☐	③-1 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80万円超え、120万円以下 です。					
	☐	③-2 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120万円を超えます 。					
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③-1の方は550万円（同1550万円）、③-2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、①、②、③-1、③-2の方は1000万円（夫婦は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）

※内容を記入してください

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。
(5) 段階の判定の基準となる合計所得金額「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

同 意 書

中 泊 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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印