

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先)市川三郷町長

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	性別	男・女
住所	連絡先		
利用する 介護保険施設の 種別	該当する番号に○をつけてください。 1. 特別養護老人ホーム                      2. 老人保健施設                      3. 介護療養型医療施設 4. 地域密着型特別養護老人ホーム      5. ショートステイ                      6. 介護医療院		

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・預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者/第2号被保険者				
		預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であり、年金収入額と前年の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。				
		預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であり、年金収入額と前年の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。				
		預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。				
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であり、年金収入額と前年の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。					
	預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は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

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり

※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	電話番号
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

市川三郷町長

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 \_\_\_\_\_