

介護保険負担限度額認定申請書

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		大・昭年 月 日					
住所及び連絡先		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（※）		（※）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		大・昭年 月 日		個人番号		
	住所		〒				
	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／② 市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者					
	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82万6千5百円以下です。（受給している年金に○をして下さい。以下同じ。）※寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。					
	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82万6千5百円を超え、120万円以下です。（受給している年金に○をして下さい。以下同じ。）					
	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。					
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が ②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は、650万円（夫婦は1,650万円）、 ④の方は、550万円（夫婦は1,550万円）、 ⑤の方は、500万円（夫婦は1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の場合、③～⑤の方は、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。					
	預貯金金額		円	有価証券 （評価概算額）		円	その他 （現金・負債を含む）

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) 書ききれない場合は、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。

保険者記入欄（記入不要）		備考				
適用年月日 令和 年 月 日まで		・世帯市町村民税 非課税・課税（ ） 確認者 _____ ・預貯金等の合計額 該当・非該当 ・年間の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計 82万6千5百円以下・82万6千5百円超120万円以下・120万円超				
有効期限 令和 年 月 日まで		・生活保護受給 有・無 ・高齢福祉年金受給 有・無				
交付年月日 令和 年 月 日まで		利用者負担段階 第1段階 第2段階 第3段階① 第3段階② 却下				
		上記の負担限度額認定申請について、別紙のとおり決定してほしいか伺います。				
		課長	課長補佐	係長	課員	担当者

同 意 書

函南町長 仁科 喜世志 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、函南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

※本人欄、配偶者欄は、それぞれご本人がご記入ください。