

介護保険負担限度額認定申請書

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		
住所	〒 電話番号					
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号					
入所(院)年月日	年	月	日	1特養 2老健 3療養型 4介護医療院 5ショートステイ		
負担限度額申請事由(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者である老齢福祉年金受給者 第1段階 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計金額が年額80万円以下 第2段階 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計金額が年額80万円超120万円以下 第3段階① <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計金額が年額120万円超 第3段階②					
配偶者に関する事項	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」は記載不要。)				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		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				
預貯金等の資産に関する申告(夫婦の場合は合計)	預貯金、有価証券等の金額の合計額が次に示す金額以下です。 <input type="checkbox"/> 第1段階 1,000万円(夫婦は2,000万円) <input type="checkbox"/> 第2段階 650万円(夫婦は1,650万円) <input type="checkbox"/> 第3段階① 550万円(夫婦は1,550万円) <input type="checkbox"/> 第3段階② 500万円(夫婦は1,500万円) ※通帳等の写しを添付					
	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
(あて先) むかわ町長  上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定を関係書類を添えて申請します。 また、申請にあたり私(被保険者)の世帯の所得及び課税状況等の確認について、裏面のとおりに同意いたします。  令和 年 月 日  住所 申請者 氏名 電話番号 被保険者との続柄 ( )						

※町記入欄

交付年月日	所得状況等を記入			
令和 年 月 日	1	生活保護受給者/老齢福祉年金受給者	該当・非該当	
適用年月日	2	世帯の全員(世帯分離している配偶者含む)が非課税	年金収入額+その他の合計所得額 80万円以下	該当・非該当
令和 年 月 日	3-①		年金収入額+その他の合計所得額 80万円超120万円以下	該当・非該当
有効期限	3-②		年金収入額+その他の合計所得額 120万円超	該当・非該当
令和 年 月 日 まで	[合計所得+課税年金収入額+非課税年金収入額 円]			
	[預貯金額 円] ※認定結果 認定[第 段階] ・ 却下			

## 同意書

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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

### ・注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者また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所有している場合は、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、余白に記入するかまたは別紙（任意様式）に記入のうえ、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。