

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)		☐ 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 ☐ 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82.65万円以下 第2段階 ☐ 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82.65万円超120万円以下 第3段階① ☐ 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。 ☐ 第1段階 1,000万円(夫婦は2,000万円) ☐ 第2段階 650万円(夫婦は1,650万円) ☐ 第3段階① 550万円(夫婦は1,550万円) ☐ 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、裏面のとおりの同意いたします。 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。