

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

板倉町長 あて

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	0 0 0 0 0 0
被保険者氏名		個人番号	
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	<input type="checkbox"/> 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	預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入と合計所得金額と【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。 ※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		650万円（夫婦は1,650万円）以下
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。		550万円（夫婦は1,550万円）以下
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入と合計所得金額と【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。		500万円（夫婦は1,500万円）以下
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり		
	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

申請者が被保険本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・携帯・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。

同意書

板倉町長 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

(代理人又は代筆の場合))

住 所
氏 名

本人との関係：