

## 介護保険負担限度額認定申請書

神川町長 様

年 月 日

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											
			性 別											
生年月日	明・大・昭	年	月	日										
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（※）	昭・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	年	月	日	個人番号					
	住 所	〒		電話番号 ( )							
	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"/>	第1段階 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者					
	<input type="checkbox"/>	第2段階 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得額の合計と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額 80 万円以下※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。					
	<input type="checkbox"/>	第3段階① 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得額の合計と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額 80 万円超 120 万円以下					
	<input type="checkbox"/>	第3段階② 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得額の合計と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額 120 万円超					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	第1段階 預貯金、有価証券などの合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下					
	<input type="checkbox"/>	第2段階 預貯金、有価証券などの合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下					
	<input type="checkbox"/>	第3段階① 預貯金、有価証券などの合計が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下					
	<input type="checkbox"/>	第3段階② 預貯金、有価証券などの合計が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下					
	<input type="checkbox"/>	※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

※内容を記入してください

※申請者が被保険者本人の場合は、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。

※裏面にもご記入ください

## 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、公官署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関（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、報告を求めらるることに同意します。

また、神川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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名