

介護保険負担限度額認定申請書

会津美里町長

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	男 女
生 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(※)			(※)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			
	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	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	☐	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82.65万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ) ※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。					
	☐	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82.65万円を超え、120万円以下です。					
	☐	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1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※2号被保険者(40歳以上65歳以下)の場合は、③～⑤の方は1000万円(夫婦2000万円)以下です。					
	預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)		円	その他 (現金・負債等)

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。

●預貯金等に関する申告 (裏)

本人 (被保険者)	種 類		金融機関及び支店名	預貯金額
	預貯金	有		
		・		
		無		
		有価証券	有	種 類
	・			
		無		
		その他 (現金・負債等)	有	種 類
・				
配偶者		無		
		有価証券	有	種 類
	・			
		無		
		その他 (現金・負債等)	有	種 類
	・			
		無		

●添付書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類を添付してください。
・預貯金（普通・定期）・・・通帳の写し（銀行名・支店名・名義・最終残高（直近2ヶ月以内）のわかる部分）
・有価証券（株式・国債など）・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
・負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用書など

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に伝えて構いません。

年 月 日

【本人】

住所

氏名

【配偶者】※配偶者が無の場合は、以下は記入不要です。

住所

氏名