

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

記入例

神山町長 殿

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の申請をします。

介護保険施設に入所（院）している（予定も含める）場合に記入してください。ショートステイ利用の場合は記入不要です。

フリガナ	カイゴ タロウ	保険者番号	3 6 3 4 2 4											
氏名	介護 太郎	被保険者番号	2 0 0 0 0 0 0 0 0 0											
生年月日	大・昭〇〇年〇〇月〇〇日生	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
性別	男	性別	男・女											
〒	〒70-0000	住所	神山町〇〇字△△□□番地（被保険者住所）											
電話番号	000-000-0000													
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒770-0000 神山町●●字■●××番地 介護老人保健施設 ★★苑 電話番号 999-999-9999													
入所（院）年月日（※）	令和〇〇年 △△月 □□日		介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。											

配偶者の有無	有		配偶者「無」の場合は、「配偶者に関する事項」の欄は記入不要です。												
フリガナ	カイゴ ハナコ														
氏名	介護 花子														
生年月日	明・大 昭〇〇年〇〇月〇〇日生		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0
住所	〒770-0000 神山町〇〇字△△□□（配偶者の住所）														
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒														
課税状況	非課税														

遺族年金、障害年金を受給されている場合は、受給している年金の保険者に○をして下さい。

現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。

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	遺族年金、障害年金を受給されている場合は、受給している年金に○をして下さい。	受給している年金の保険者に○をして下さい	
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯である [遺族年金※・障害年金]の収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい) ※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。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯である [遺族年金(受給している)・障害年金(受給している)]の収入額の合計額と受給している年金の合計額を超えます。	申請者本人と配偶者の合計額を記入してください。あわせて通帳等の写しを添付してください。	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯である [遺族年金(受給している)・障害年金(受給している)]の収入額の合計額が年額80万円以下です。			
預貯金額	2,000,000 円	有価証券 (評価概算額)	1,000,000 円	その他 (現金・負債を含む) ※内容記入して下さい	現金 500,000 円

添付書類 ○ 預貯金等の照会に関する同意書 ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

決定通知書・認定証送付先※ 施設 自宅 その他 ()

※記載がなければ、入所されている方は施設へ、ショートステイ利用の方は自宅へ送付いたします。

※注意事項

裏面同意書の記入を忘れないようお願いします。

申請後の決定通知書、認定証の送付先について、入所施設（ショートステイ利用の場合は自宅）以外に送付を希望される場合は、「その他」に○を付け、希望の送付先を御記入ください。

(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、同意書のご記入及び捺印をお願いいたします。

記入例

同意書

神山町長 殿

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、銀行等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等に伝えて構いません。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入してください。
(申請書提出者等の代筆でもかまいません)

<本人>

住所 神山町〇〇字△△□□番地

氏名 介護 太郎

介護

<配偶者>

住所 神山町〇〇字△△□□番地

氏名 介護 花子

介護

朱肉を使用する印かんで押してください
(シャチハタなどのスタンプ印は不可)。
※銀行の届出印でなくてかまいません。

ここから下は神山町が記入しますので、申請者の方は記入しないでください。

神山町記入欄 (申請者は記入しないで下さい)

受付年月日	市町村民税世帯	年金収入額等	添付書類
年 月 日	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 80万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 通帳の写し <input type="checkbox"/> その他
適用年月日	別世帯課税配偶者	老齢福祉年金受給	判定結果
年 月 日 から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
有効期限	預貯金等	生活保護	入力確認
年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 基準超 <input type="checkbox"/> 基準以下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	