

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

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。

フリガナ		保険者番号		3	6	3	4	2	4
被保険者氏名	(印)	被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住 所	〒  電話番号								
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		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 ・ 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 日生	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)	〒  電話番号							
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高齢福祉年金受給者							
	<input type="checkbox"/>	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金額と [ 遺族年金※・障害年金 ]の収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に0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。						受給している全ての年金の保険者に0をして下さい  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 type="checkbox"/>	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金額と [ 遺族年金・障害年金 ]の収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に0をして下さい)							
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が1000万（夫婦は2000万）以下です。 ※預貯金、有価証券に係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 ※内容を記入して下さい			

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（院）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**

- (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、又は内縁関係のものを含みます。
- (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、同意書のご記入及び捺印をお願いいたします。**

## 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

⑩

<配偶者>

住所

氏名

⑩

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	