

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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	カイゴ タロウ	保険者番号	3 6 3 4 2 4											
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日生	性別	男・女											
住所	〒770-0000 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・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	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） 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇													
	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	現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。		非課税												

収入・預貯金に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村住民税世帯非課税世帯であること。預貯金、有価証券等の金額の合計が650万（夫婦は1,650万）以下です。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村住民税非課税世帯であつて、 <b>〔遺族年金※・障害年金〕</b> 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〇をして下さい） 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万（夫婦は1,650万）以下です。	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〇をして下さい。		
	<input type="checkbox"/>	市町村住民税非課税世帯であつて、課税年金収入額と合計所得金額と <b>〔遺族年金※・障害年金〕</b> の収入額の合計額が年額120万円以下です。	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。		
	<input type="checkbox"/>	市町村住民税非課税世帯であつて、課税年金収入額と合計所得金額と <b>〔遺族年金※・障害年金〕</b> の収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に〇をして下さい） 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万（夫婦は1,500万）以下です。	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） 現金 500,000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	施設・自宅・その他（
----	------------

※注意  
 (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  
 (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、  
 (3)書ききれない場合は、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。  
 ※裏面の同意書のご記入及び捺印をお願いいたします。

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」に〇を付け、希望の送付先を御記入ください。

# 同意書

## 記入例

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

<本人>

住所 神山町〇〇字△△□□番地

氏名 介護 太郎

<配偶者>

住所 神山町〇〇字△△□□番地

氏名 介護 花子

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)

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)

介護

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"/> 120万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以上120万円以下 <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	

※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。