

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)
香 美 町 長 様

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 氏 名 (申 請 者)		被保険者番号																	
		個 人 番 号																	
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																		
住 所	〒 連絡先																		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先																		
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	〒 連絡先																				
	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／住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										受給している全ての年金の保険者に○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						
	☐	②	住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 82 万 6,500 円以下です。																
	☐	③	住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 82 万 6,500 円超から 120 万円以下です。																
	☐	④	住民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。																
		☐	非課税年金【遺族年金※・障害年金】を受給しています。 ※ 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。 (受給している年金に○してください)																
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②～④の方は1000万円(夫婦は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・携帯)	本人との関係	証の送付先 (希望)
申請者住所 〒			☐ 本人 ☐ 申請者 ☐ 施設

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、裏面に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倍の加算金を返還いただくことがあります。

※ 裏面の同意書及び預貯金等の内訳もご記入ください。

同意書

香美町長様

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照会す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。

令和 年 月 日

（本人）
住所

氏名

（配偶者）
住所

氏名

預貯金等の内訳（※任意様式による提出可）

種類	氏名（口座名義）	金融機関名	預金種目	預貯金額
預貯金			普通・定期・その他	
			普通・定期・その他	
			普通・定期・その他	
			普通・定期・その他	
有価証券等	氏名	種類		評価概算額
その他 （負債・現金等）	氏名	種類		金額

町記入欄

交付年月日	備考
R 年 月 日	・（本人・配偶者・世帯）課税状況： ☐ 非課税 ・ ☐ 課税
適用年月日	・ 配偶者の有無 ☐ 有 ・ ☐ 無
R 年 月 1 日 から	・ 老齢福祉年金受給 ☐ 有 ・ ☐ 無
R 年 7 月 31 日 まで	・ 生活保護の受給 ☐ 有 ・ ☐ 無
	・ 預貯金等 ☐ 基準値以下 ・ ☐ 基準値以上
	<判定結果>
	☐ 認定（・第1段階 ・第2段階 ・第3段階① ・第3段階②）
	☐ 却下

町 記 入 欄	提出	☐ 本人 ☐ 代理 ☐ 代行 ☐ 郵送		
	本人確認 （代理人の本人確認）	写真有	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証	
		写真無 （2種類）	☐ その他（ ） ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険負担割合証 ☐ 医療保険被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（ ）	
	代理権の確認	☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証など		
	個人番号の確認	☐ 個人番号（通知）カード ☐ 住民票（個人番号有）など ☐ 同意の上職員が確認		