

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

寿都郡寿都町長 片岡 春雄 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				被保険者番号				
被保険者氏名				個人番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女		
住所	〒							
住所	連絡先							
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒							
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・平	年	月	日	個人番号		
	住所	〒						
	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	<input type="checkbox"/> ①	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者						
	<input type="checkbox"/> ②	市町村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【遺族年金※・障害年金】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○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○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"/> ③	市町村民税世帯非課税者であって、(1) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超～120万円以下です。（受給している年金に○して下さい）						
	<input type="checkbox"/> ③	市町村民税世帯非課税者であって、(2) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】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○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基準額以下です。（※） 預貯金、有価証券にかか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	

(※) 預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり

- ① 単身 1,000 万円、夫婦合計 2,000 万円以下 ② 単身 650 万円、夫婦合計 1,650 万円以下  
③ (1) 単身 550 万円、夫婦合計 1,550 万円以下 ③(2) 単身 500 万円、夫婦合計 1,500 万円以下  
\* 第2号被保険者は、段階に関わらず単身 1,000 万円、夫婦合計 2,000 万円以下

※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・勤務先）
申請者住所	本人との関係

## 注意事項

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

## 同意書

寿都町長 片岡春雄 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。）に私及び私の配偶者（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、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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印