

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

下市町長 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			下市町	2	9	4	4	3	9
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日			性別		男・女			
住所	〒 - (電話番号)								
現在入所している 介護保険施設 (入所されていない場合は記載不要です)	名称								
	所在地	(電話番号)							
	入所年月日	年 月 日							

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			生年月日	大・昭 年 月 日				
	配偶者の氏名			個人番号					
				市町村民税課税状況	課税・非課税				
	配偶者の住所 (被保険者と同居の場合は記入不要)	〒 - (電話番号)							
配偶者の1月1日現在の住所 (現在の住所と異なる場合)	〒 - (電話番号)								

申請者	氏名	被保険者との関係 ()							
	住所	〒 - (電話番号)							

※申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。

●裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

町記入欄	交付年月日	備 考						
	令和 年 月 日							
	適用年月日	世帯全員市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税	別世帯配偶者の市町村民税課税状況			
	令和 年 月 日	老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	から	生活保護	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税		
	有効期限	所得等	<input type="checkbox"/> 80万以下 <input type="checkbox"/> 80万超	<input type="checkbox"/> 120万超	判 定			
令和 年 月 日	預貯金(本人)	<input type="checkbox"/> 1,000万円超 <input type="checkbox"/> 1,000万円以下 <input type="checkbox"/> 650万円以下 <input type="checkbox"/> 650万円超	<input type="checkbox"/> 550万円以下 <input type="checkbox"/> 550万円超 <input type="checkbox"/> 500万円以下 <input type="checkbox"/> 500万円超	1・2・3①・3②				
	預貯金(配偶者)	<input type="checkbox"/> 1,000万円以下 <input type="checkbox"/> 1,000万円超 <input type="checkbox"/> 1,650万円以下 <input type="checkbox"/> 1,650万円超	<input type="checkbox"/> 1550万円以下 <input type="checkbox"/> 1550万円超 <input type="checkbox"/> 1500万円以下 <input type="checkbox"/> 1500万円超	非該当				

(表面からの続き)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者			非課税年金受給状況
	<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非課税年金(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。			<input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給なし <small>※寡婦年金・かん夫年金 母子年金・準母子年金 遺児年金含む</small>
	<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非課税年金(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。			
	<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非課税年金(遺族年金・障害年金)収入額の合計額が年額120万円超です。			
収入等に関する申告					
預貯金に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり			
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)と合計所得金額の合計が80万円以下の方・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり			
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下の方・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり			
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)と合計所得金額の合計が120万円超の方・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり			
種類	預貯金	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額	
				円	
				円	
	有価証券	氏名	種類	評価概算額	
				円	
				円	
その他(負債・現金等)	氏名	種類	金額		
			円		
			円		

【注意事項】

- (1)この申請書おける「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、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合はその全てを記入し、通帳の写しを添付してください。
- (3)書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (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。

【必要書類】

- 預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
 - ・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名、支店名、名義、最終残高(2ヶ月前まで)の分かる部分)
 - ・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
 - ・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

同 意 書

下 市 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、官公庁、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)

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

記入例

下

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	シモイチ タロウ	下市町		2	9	4	4	3	9
被保険者氏名	下市太郎	被保険者番号		4	4	3	0	0	0
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7
生年月日	明・ 大 ・昭 10年10月10日	性別	男 ・女						
住所	〒000-0000 被保険者の住所 (電話番号) 0747-52-0001								
現在入所している 介護保険施設 (入所されていない場合は記載不要です)	名称	施設入所またはショートステイを利用している場合は施設名等をご記入ください。							
	所在地								
	入所年月日								

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	シモイチ ハナコ	生年月日	大 昭 5年 5月 1日						
	配偶者の氏名	下市花子	個人番号	1	2	3	4	4	6	
	配偶者の住所 (被保険者と同居の場合は記入不要)	〒 - 配偶者の住所(被保険者と同じ場合は、同上) (電話番号) 0747-52-0001								
	配偶者の1月1日現在の住所 (現在の住所と異なる場合)	〒 - (電話番号)								
市町村民税課税状況	課税・ 非課税									

申請者	氏名	下市一郎	被保険者との関係 (子)
	住所	〒000-0000 申請者の住所(被保険者と同じ場合は、同上) (電話番号) 0747-52-1234	

※申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。

●裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

交付年月日	備考
町記入欄	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 20px; padding: 20px; text-align: center;"> <p>こちらは記入しないでください。</p> </div>
	況 課税

(表面からの続き)

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	<input checked="" type="checkbox"/> 該当箇所に✓をしてください。 <input type="checkbox"/> 非課税年金受給状況	
	<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非課税年金(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。	<input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給なし	
	<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非課税年金(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。	<small>※寡婦年金・かん夫年金 母子年金・準母子年金 遺児年金含む</small>	
	<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非課税年金(遺族年金・障害年金)収入額の合計額が年額120万円超です。		
預貯金に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳の		
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)と合計所得金額の合計が80万円以下の方・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり		
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下の方・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり		
	<input type="checkbox"/>	課税年金収入額と非課税年金収入額(遺族年金・障害年金)と合計所得金額の合計が120万円超の方・・・預貯金、有価証券等の金額の合計額が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり		
	<input type="checkbox"/>			
	預貯金	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
				円
				円
				円
	有価証券	氏名	種類	評価概算額
				円
	その他(負債・現金等)	氏名	種類	金額
				円
				円

【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、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合はその全てを記入し、通帳の写しを添付してください。
- (3)書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
- (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。

【必要書類】

- 預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。
 - ・預貯金(普通・定期)・・・通帳の写し(銀行名、支店名、名義、最終残高(2ヶ月前まで)の分かる部分)
 - ・有価証券(株式・国債など)・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
 - ・負債(借入金・住宅ローンなど)・・・借用書など

同 意 書

下 市 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、官公庁、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、報告を求めら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。

年 月 日

【 本人 】 住 所 : 下市町大字〇〇〇

氏 名 : 下 市 太 郎

【 配偶者 】 住 所 : 下市町大字〇〇〇

氏 名 : 下 市 花 子

必ず押印してください。

(印)

(印)