

介護保険負担限度額認定申請書及び同意書

令和 年 月 日

(申請先)

森町長 太田 康雄 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		
住所	〒 連絡先		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒 施設名	連絡先	
入所(院)年月日 (※)	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	<input type="checkbox"/> ① 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"/> 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Oしてください) ※ 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。					
	<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Oしてください)					
	<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Oしてください)					
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					
	<table border="1"> <tr> <td>預貯金額</td> <td>円</td> <td>有価証券 (評価概算額)</td> <td>円</td> <td>その他 (現金・負債を含む)</td> <td>()※ 円</td> </tr> </table>	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)
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 1,000万円、配偶者がある場合は2,000万円以下
 - ② 650万円、配偶者がある場合は1,650万円以下
 - ③ (1) 550万円、配偶者がある場合は1,550万円以下 (2) 500万円、配偶者がある場合は1,500万円以下
- 第2号被保険者は、段階に関わらず1,000万円、配偶者がある場合は2,000万円以下

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

※裏面あり

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**預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、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倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

森町長 太田 康雄 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、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