

介護保険負担限度額認定申請書及び同意書

記入例

申請書を提出する日付を記入してください。令和 〇年 △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。

個人番号(マイナンバー)の記入は必須ではありませんので、記入が困難な場合には空欄でも構いません。

介護保険被保険者証(ピンク色)の被保険者番号と個人番号(マイナンバー)を記入してください。

フリガナ	モリマチ ハナコ		被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
被保険者氏名	森町 花子		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・ <u>昭</u> 6年 1月 1日														
住所	〒 437-0215 周智郡森町森1234番地		介護保険被保険者証に記載されている住所を記入してください。		連絡先 0538-85-0000										
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 施設名		介護保険施設に入所されている場合は、施設住所・施設名・入所年月日(分かれば)を記入してください。		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	<u>有</u> ・ 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	モリマチ タロウ		配偶者の有無を選択し、配偶者が有の場合には、氏名・生年月日・個人番号(マイナンバー)・住所・市町村民税の課税状況を記入してください。												
	氏名	森町 太郎														
	生年月日	明・大・ <u>昭</u> 7年 1月 1日		個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	住所	〒 437-0215 周智郡森町森1234番地		連絡先 0538-85-0000												
	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 ・ <u>非課税</u>															

収入等に関する申告	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	該当する段階に☑を付けてください。また、非課税年金を受給されている場合は、年金種別を選択してください。													
	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。	各段階の預貯金等の金額が基準額以下の場合には☑を付けてください。最新の残高での預貯金の合計額を記入してください。													
	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・ <u>障害年金</u> 】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○してください)														
	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	250,000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					

(※) 預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり
①1,000万円、配偶者がある場合は2,000万円以下 ②650万円、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 ③ (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	森町 一郎	連絡先(自宅・勤務先)	0538-85-0000
申請者住所	周智郡森町森1234番地	本人との関係	子

来庁者又は申請書の記入者(郵送の場合)の情報を記入してください。個人番号を記入される場合は、添付書類を忘れずにお願

※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。

上記に記載した事項に同意する場合は、申請日・本人、配偶者の住所・氏名の記入をしてください（代筆でも構いません。）。

令和 ○年 △月 □日

<本 人>

住 所 周智郡森町森1234番地
氏 名 森町 花子

<配偶者>

住 所 周智郡森町森1234番地
氏 名 森町 太郎