

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

年 月 日

毛呂山町長 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		被保険者番号															
被 保 険 者 氏 名		個人番号															
		生 年 月 日															
住所	〒	電話番号															
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称 （※）	〒	電話番号															
入所（院）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		配偶者の有無が「無」の場合、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					個人番号											
	住所	〒	電話番号														
	本年 1 月 1 日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒	電話番号														
	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/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	☐	③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得が年額 82.65 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。									
	☐	④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得が年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。									
	☐	⑤市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得が年額 120 万円を超えます。									
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

☐ 結果通知の送付先を申請者住所に希望する。

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 項の規程に基づき、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

毛呂山町長 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、毛呂山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