

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

毛呂山町長 あて

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

被 保 険 者	フリガナ		被保険者番号																	
	氏名		個人番号																	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号																	
	住所																			
介護保険施設の所在地及び名称※1																				
入所(院)年月日※1		昭・平・令 年 月 日	電話番号																	

配偶者※2の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		個人番号																
配 偶 者 に 関 す る 事 項	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日																
	氏名		電話番号																	
	住所																			
	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		<input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 非課税																

収 入 等 に 関 す る 申 告 ※3	<input type="checkbox"/>	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																		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80万円以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額80万円を超え120万円以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【 <input type="checkbox"/> 遺族年金・ <input type="checkbox"/> 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計が年額120万円を超えます。																		
預 貯 金 等 に 関 す る 申 告 ※4	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が ②の人は1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)、 ③の人は650万円(夫婦の場合は1,650万円)、④の人は550万円(夫婦の場合は1,550万円)、 ⑤の人は500万円(夫婦の場合は1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)で、③~⑤の人は1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。																		
	預貯金額	円	有価証券	円	その他※5()	円														

申 請 者 ※6	氏名	本人との関係																		
	住所																		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
		電話																		

注意事項

- 介護保険施設の所在地及び名称欄並びに入所(院)年月日欄については、介護保険施設に入所(入院)し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。
- 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及び内縁関係の者を含みます。配偶者の有無欄については、「無」の場合は、配偶者に関する事項欄の記入は不要です。
- 収入等に関する申告欄については、該当するものに「」を入れてください。遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
- 預貯金等に関する申告欄については、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(銀行名、支店名、口座番号及び口座名義の部分と申請日の直近2か月前までの記帳ページ)を添付してください。
- 預貯金、有価証券以外の資産がある場合は、その他欄に内容を記入してください。書き切れない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入した上、添付してください。
- 申請者欄については申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です。
- 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。
- 負担限度額認定は、申請日の属する月の初日に遡って効力を有します。

役場使用欄

<input type="checkbox"/> 認定済：支 / 介 期間：R / / ~ R / /	所得段階 1・2・3①・3②・4 本人：非課税・課税 世帯：非課税・課税	①年金収入 _____ 円 ②所得 _____ 円 ③非年金 _____ 円・無 合計 _____ 円	決定年月日 R 年 月 日 該当() / 非該当(<input type="checkbox"/> 課税・ <input type="checkbox"/> 資産超過) 適用年月日 R 年 月 1日から 有効期限 R 年 7月31日まで 交付年月日 R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 認定申請中			

同意書

毛呂山町長あて

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