

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 和 寒 町 長

年度

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（潜在費）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 (申請者)	①	性別							
		生年月日	年	月	日				
住所	〒	—		電話番号 — —					
入所(院)した 介護保健施設の 所在地及び名称 (※)	〒	—		電話番号 — —					
入所(院)年月日 (※)	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、記入不要です。		
配偶者に関する 事項	フリガナ			明・大・昭
	氏名			生年月日 年 月 日
	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・預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	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 かつ、預貯金、有価証券等の金額が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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 かつ、預貯金、有価証券等の金額が650万円(夫婦は1,650万円)以下です			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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80万円超120万円以下です(受給している年金に○してください) かつ、預貯金、有価証券等の金額が550万円(夫婦は1,550万円)以下です			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、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120万円を超えます(受給している年金に○してください) かつ、預貯金、有価証券等の金額が500万円(夫婦は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、預貯金等に関する申告は1,000万円(夫婦は2,000万円)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	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

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

（裏面）

同意書

和寒町長様

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、和寒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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

※町記入欄

確認欄	<input type="checkbox"/> 添付書類	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> （ ）	交付日	令和 年 月 日
結果区分	承認	<input type="checkbox"/> 1段階	<input type="checkbox"/> 2段階	<input type="checkbox"/> 3段階①	<input type="checkbox"/> 3段階②
	非承認	<input type="checkbox"/> 本人課税	<input type="checkbox"/> 配偶者課税	<input type="checkbox"/> 資産	<input type="checkbox"/> その他
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				
送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 入所先施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）				