様式第２０号（第１３条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

年度

（申請先）内子町長

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（申請者）		個人番号	
		生年月日	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（※）	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		個人番号	
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	住　　所	電話番号		
	市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合）		本年１月１日（申請が１月から７月までの場合は前年１月１日）時点の住所を記入してください。	
	課税状況	市町村民税　　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	無　・　有　（遺族年金　・　障害年金） ※遺族年金には、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。
	□	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者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円 以下です。
	□	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。
	□	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。
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②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 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 1000 万円(夫婦は 2000 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）	(内容　　) 円

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

(1)　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。

(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、そのすべてを記入し、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。

保険者確認欄	備　考	受　付	入　力	確　認

※裏面の同意書にも記入してください。

同　意　書

（宛先）内子町長

　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、内子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。

年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名