

介護保険負担限度額認定申請書

		年		月		日	
(申請先) 内子町長		年度					
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 9,000 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 9,000 円を超え、120 万円以下です。					
預貯金等に関する 申告	☐	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、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 2 2 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