

負担限度額認定申請書

宇治田原町長 様

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）にかかる負担限度額認定を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|---|-------|---|---------|-----------------|--|-----|--|---------------|--|------------|--|
| フリガナ | | 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | | |
| | | 個 人 番 号 | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | 性 別 | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒 | | 連絡先 | | | | | | | | | |
| 入所（院）した 介護保険施設の所在地及び名称（※） | | 〒 | | 連絡先 | | | | | | | | | |
| 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、記載不要です。 | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | 個 人 番 号 | | | | | | | | |
| | 住 所 | | 連絡先 | | | | | | | | | | |
| | 本年1月1日現在の住所 (現在と異なる場合) | | | | | | | | | | | | |
| 課 税 状 況 | | 市町村民税 | | 課 税 | | ・ | | 非課税 | | | | | |
| 収入等に関する申告 | | <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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○してください。以下同じ。) ※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。 | | 受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 | | | | | | | | | |
| | | <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【遺族年金※・障害年金】の収入額、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。 | | | | | | | | | | | |
| | | <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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | |
| 預金額、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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する報告※通帳等の写しは別添 | | 預貯金額 | | 円 | | 有価証券 (評価既算額) | | 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、下記について記載は不要です。

| | | |
|-------|--|-------------|
| 申請者氏名 | | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | | 本人との関係 |

注意事項

- 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。
- 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。
- 書ききれない場合は、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。

同意書

(宛先) 宇治田原町長 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、宇治田原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

