

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

東吾妻町長

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	0	0	0													
被保険者氏名			個人番号																
生年月日	大・昭	年	月	日	性別	男・女													
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（※）	平・令	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	大・昭・平	年	月	日	個人番号												
	住所	連絡先																
	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 課税・非課税																

収入等に関する申告	☐	① 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です。																
	☐	② 市町村民税世帯非課税者であって、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。																
	☐	③ 市町村民税世帯非課税者であって、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80万円を超え、120万円以下です。																
	☐	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。																
預貯金等に関する申告	☐ 預貯金額、有価証券等の金額の合計が、第1号被保険者の①の場合は1,000万円（夫婦2,000万円）以下、②の場合は650万円（夫婦1,650万円）以下、③の場合は550万円（夫婦1,550万円）以下、④の場合は500万円（夫婦1,500万円）以下で、第2号被保険者（40～64歳）の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しを提出します。																	
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金含む)	()※ 円	※内容を記入して下さい											

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
- (1) 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。
 - (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。

同意書

東吾妻町長 中澤 恒喜

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、東吾妻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