

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
石井町長 殿

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			個人番号																	
生 年 月 日	明・大・昭		年		月		日													
住 所	〒																			
	連絡先																			
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	所在地 名 称 連絡先																			
入所(院)年月日 (※)			年		月		日		(※)介護保険施設に入所(院)していない場合および 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		「無」の場合は、「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	明・大・昭		年		月		日		個人番号										
	住 所	〒																		
		連絡先																		
本年1月1日 現在の住所	(現住所と同じ場合は記入不要)〒																			
課税状況	住民税 課税 ・ 非課税																			

収入等 に 関 する 申 告	☐	生活保護受給者/本人および世帯全員が住民税非課税で、老齢 福祉年金受給者	かつ、預貯金等の合計が1,000万 円(夫婦は2,000万円)以下																
	☐	本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得+課税年金 収入額と非課税年金収入額の合計が年間80.9万円以下です。	かつ、預貯金等の合計が650万円 (夫婦は1,650万円)以下																
	☐	本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得+課税年金収入額 と非課税年金収入額の合計が年間80.9万円超120万円以下です。	かつ、預貯金等の合計が550万円 (夫婦は1,550万円)以下																
	☐	本人および世帯全員が住民税非課税で、合計所得+課税年金 収入額と非課税年金収入額の合計が年間120万円超です。	かつ、預貯金等の合計が500万円 (夫婦は1,500万円)以下																
預貯金等 に関する申告※1	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)	()	※2	円	第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は単身:1,000万円以下、夫婦:2,000万円以下								

(※1)預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり (※2)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、次の項目は記載不要です

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)																		
申請者住所 〒	本人との関係																		
決定通知書・認定証送付先 (記入がない場合は自宅へ送付します)	自宅 ・ 施設 ・ 申請者住所 ・ その他()																		

- 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、通帳等の写しを添えてください。
 - (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。

裏面もあります

同意書

石井町長 殿

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、貴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