

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号	263038	
被保険者氏名			個人番号		
			被保険者番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別
住 所	〒 電話番号				
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税 ※課税の場合は対象外				
※ ショートステイのみご利用の方は、下記に「ショートステイ」と記入して下さい。施設名・入所日は不要です。					
介護保険施設の名称および電話番号	電話番号				
入所(院)年月日	年	月	日	配偶者の有無	有 ・ 無

※ この申請書における「配偶者」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。
 ※ 「配偶者」が「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			個人番号		
	氏名			被保険者番号		
				生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	
	住所	〒 電話番号				
	本年1月1日現在の住所	(上記住所と異なる場合のみ記載) 〒				
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税 ※課税の場合は対象外					

収入・預貯金等に関する申告 (配偶者分を含む)	☐	生活保護受給者／老齢福祉年金受給者(※)である または、65歳未満である	→	預貯金等合計が1,000万円 (夫婦は2,000万円)以下	
	☐	合計所得金額と年金収入額(非課税年金を含む)の 合計額が年額82.65万円以下	→	預貯金等合計が650万円 (夫婦は1,650万円)以下	
	☐	合計所得金額と年金収入額(非課税年金を含む)の 合計額が年額82.65万円超120万円以下	→	預貯金等合計が550万円 (夫婦は1,550万円)以下	
	☐	合計所得金額と年金収入額(非課税年金を含む)の 合計額が年額120万円超	→	預貯金等合計が500万円 (夫婦は1,500万円)以下	
	受給しているすべての年金保険者に○をして下さい。 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済				
	非課税年金の有無	有 ・ 無	☐ 遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) ☐ 障害年金		
預貯金額		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む)	()
	円		円		円

※ 老齢福祉年金受給者 … 明治44年4月1日以前または大正5年4月1日以前に生まれた方で一定の要件を満たす方
 ※ 預貯金等について、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、直近2カ月のお金の出入が分かるようにすべての通帳等の写しを添付してください。配偶者がいる場合は、配偶者のすべての通帳等の写しも必要です。
 ※ 書ききれない場合は、余白に記入する又は別紙に記入のうえ添付してください。

注意事項

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。

収入等に関する申告

※世帯員をすべてお書きください。(別世帯の配偶者を含む)

氏名(フリガナ)		続柄	生年月日	性別	課税状況
1			明・大・昭・平 年 月 日	男・女	☐ 市町村民税非課税者
2			明・大・昭・平 年 月 日	男・女	☐ 市町村民税非課税者
3			明・大・昭・平 年 月 日	男・女	☐ 市町村民税非課税者
4			明・大・昭・平 年 月 日	男・女	☐ 市町村民税非課税者

※世帯員に課税の方がいる場合は対象外

同意書

大山崎町長 様

以上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の申請をします。

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(内縁関係のものを含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する貯蓄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まいります。

令和 年 月 日

住 所

対 象 者

(本 人) 氏 名

㊞

住 所

配 偶 者

氏 名

㊞

申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要

代理申請者氏名		続柄	
代理申請者住所	電話番号		

町記入欄

備考				
交 付 年 月 日	世帯課税状況	☐ 課税	☐ 非課税	☐ 生活保護
年 月 日	配偶者課税状況	☐ 課税	☐ 非課税	☐ なし
適 用 年 月 日	所得+年金	☐ 82.65万円以下	☐ 82.65万円超120万円以下	☐ 120万円超
年 月 日から	資産額	☐ 基準額未満	☐ 基準額以上	
年 月 日まで	可否・利用者負担区分	☐ 非該当	☐ 第1段階	☐ 第2段階 ☐ 第3段階-① ☐ 第3段階-②