

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

市川町長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居宅費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		個人番号																	
被保険者氏名	⑩	被保険者番号																	
		性別					男 ・ 女												
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（※）	連絡先																		
入所（院）年月日（※）	昭 ・ 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	個人番号																	
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																	
	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）	連絡先																	
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"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税世帯で老齢福祉年金受給者																	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、合計所得金額と課税年金収入額と【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。（受給している年金に○してください） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。															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"/>	市町村民税非課税世帯であって、合計所得金額と課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。（受給している年金に○してください）																	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦の場合は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																	
	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）	円					

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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

【保険者記入欄】

住民税	課税世帯 ・ 非課税世帯	
配偶者に関する事項		
<input type="checkbox"/> 配偶者有	住民税	課税 ・ 非課税
	預貯金等	2000万円 超過 ・ 以下
<input type="checkbox"/> 配偶者無	預貯金等	1000万円 超過 ・ 以下

決定事項	承認 ・ 非承認	
負担限度額	第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階	
交付年月日	令和 年 月 日	
適用年月日	令和 年 月 日から	
有効期限	令和 年 月 日まで	

同意書

市川町長 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、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係者を含む。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ること、及び本申請に対する決定事項について、居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者氏名 _____

※代筆の場合は、代筆者氏名をこちらにご記入ください。

<配偶者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代筆者氏名 _____

※代筆の場合は、代筆者氏名をこちらにご記入ください。