（様式１）

**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　月　　日

大崎町長　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 |  | | 保険者番号 | |  | | | | | | 4 | 6 | 4 | 6 | 8 | 5 |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 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(※) | 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 |  | 生　年　月　日 | 課税状況 | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | 大・昭・平　　年 　月 日 | 市町村民税　 課税 ・　非課税 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※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。 | | | | | | | | | 対象者が65歳以上の場合  預貯金額（夫婦の場合） |
| 収入・  預貯金等に  関する  事項 | □ | | 生活保護受給者 | | | | | |
| 世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | 1000万円（2000万円）以下 |
| □ | | 世帯全員が市町村民税非課税 | | 課税年金収入額と合計所得金額と【 族年金 ・　障害年金 】収入額の合計額が年額８０万円以下 | | | | 650万円（1650万円）以下 |
| □ | | 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８０万円超１２０万円以下 | | | | 550万円（1550万円）以下 |
| □ | | 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１２０万円超 | | | | 500万円（1500万円）以下 |
| 預貯金額 | |  | | 円 | | 有価証券  （評価概算額） | 円 | その他  （現金・負債含む） | 【(内容)　　　　 　】  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。

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

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先 |
| 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. **65歳未満(第2号被保険者)の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下となります。**
3. 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
4. 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。
5. 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。

（様式１）

同　意　書

大崎町長　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