（様式１）

介護保険負担限度額認定申請書

令和　　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	4 6 8 0
		個 人 番 号	
生 年 月 日	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【 遺族年金 ・ 障害年金 ※】収入額の合計額が年額８０万９千円以下	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８０万９千円超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。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	本人との関係

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

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。

認定証の送付先
（どちらかを○で囲んでください）

入所先施設へ発送　/　自宅へ発送

※審査の結果，却下となった場合，
通知書は自宅へ発送されます。

（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。

令和　　年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名