

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					
	住所		個人番号						
	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。

収入・預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者	対象者が65歳以上の場合 預貯金額(夫婦の場合)		
	<input type="checkbox"/>	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		
	<input type="checkbox"/>	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82万6,500円以下	650万円(1650万円)以下	
	<input type="checkbox"/>		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82万6,500円超120万円以下	550万円(1550万円)以下	
<input type="checkbox"/>		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	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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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