

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 伊仙町長 令和 年 月 日

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。

性 別	男 ・ 女	被保険者番号	
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
被保険者氏名		個人番号	
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、下記配偶者欄の記載は不要です。	
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	氏名	個人番号	
	住所	□被保険者と同じ 連絡先	
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合記入)	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税	

収 入 等 に 関 する 申 告	☐	生活保護受給者	預貯金等の基準額			
			単身 / 配偶者有			
		市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	1000 万円以下 / 2000 万円以下			
	☐	世帯全員が市町村民税非課税で、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82.65万円以下 ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・遺児年金を含みます。以下同じ	650 万円以下 / 1650 万円以下			
	☐	世帯全員が市町村民税非課税で、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82.65万円超120万円以下	550 万円以下 / 1550 万円以下			
	☐	世帯全員が市町村民税非課税で、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 万円以下 / 1500 万円以下			
	☐	※第2号保険者(40歳以上64歳以下)の方で③～⑤の場合	1000 万円以下 / 2000 万円以下			
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券	円	現金・負債 その他	円

※預貯金、有価証券にかかる通帳等のコピーの添付が必要です。

- 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) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 - (3) 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。

同意書	
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	介護保険係受付印
被保険者本人 氏名	
配偶者 氏名	

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・携帯）
申請者住所	本人との関係

送付先について の同意	限度額認定証及び負担割合証の発行の際は下記送付先へ送付することに同意します。 送付先 ☐申請者住所 ☐被保険者住所 ☐入所又は利用している施設・居宅支援事業所 ☐その他 _____ 被保険者本人 氏名 _____ _____ 代筆者 _____
----------------	--