

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	令和 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	<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/>	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			
<input type="checkbox"/>	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80万円以下	650 万円以下	1650 万円以下			
<input type="checkbox"/>	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80万円超120万円以下	550 万円以下	1550 万円以下			
<input type="checkbox"/>	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			
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

- 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。
- 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