

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

神山町長 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の申請をします。

フリガナ		保険者番号		3	6	3	4	2	4
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 日生	性別	男・女						
住所	〒 電話番号								
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 電話番号								
入所（院）年月日（※）	年 月 日	介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。							

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								
	氏名								
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号						
	住所	〒 電話番号							
	本年1月1日現在の住所 （現住所と異なる場合）	〒 電話番号							
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税							

収入・預貯金に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万（夫婦は2,000万）以下。	受給している全ての年金の 保険者に○をして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と [ 遺族年金※・障害年金 ]の収入額の合計額が年額80万円以下です。 （受給している年金に○をして下さい） ※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。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万（夫婦は1,650万）以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と [ 遺族年金・障害年金 ]の収入額の合計額が年額80万円以上120万円以下です。（受給している年金に○をして下さい） 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万（夫婦は1,550万）以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と [ 遺族年金・障害年金 ]の収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○をして下さい） 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万（夫婦は1,500万）以下です。			
	預貯金額	円		有価証券 （評価概算額）	円

添付書類 ○ 預貯金等の照会に関する同意書 ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

決定通知書・認定証送付先※	施設・自宅・その他（ ）
---------------	--------------

※記載がなければ、入所（院）されている方は施設へ、ショートステイ利用の方は自宅へ送付いたします。

※裏面、注意事項の確認と同意書のご記入及び捺印をお願いいたします。

※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、又は内縁関係のものを含まず。
- (2)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、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)書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、添付してください。
- (4)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

神山町長 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

神山町記入欄 （申請者は記入しないで下さい）

受付年月日	市町村民税世帯	年金収入額等	添付書類
年 月 日	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 120万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以上120万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円以下	<input type="checkbox"/> 通帳の写し <input type="checkbox"/> その他
適用年月日	別世帯課税配偶者	老齢福祉年金受給	判定結果
年 月 日 から	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
有効期限	預貯金等	生活保護	入力確認
年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 基準超 <input type="checkbox"/> 基準以下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。