

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

鬼北町長 様

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。

		年度
フリガナ	被保険者番号	
被保険者氏名	個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住 所	電話番号	— —
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	電話番号	— —
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 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、記入不要です。
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 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）	
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①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	非課税年金の有無 有 ・ 無
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万 9 千円以下です。 <small>(受給している年金に○をしてください。以下同じ。) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金又は遺児年金を含みます。以下同じ。</small>	
	<input type="checkbox"/>	③-1 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万 9 千円を超え、120 万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	③-2 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2の方は500万円(同1500万円)以下です。※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①、②、③-1、③-2の方は1000万円(夫婦は、2000万円)以下です。	
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額) 円
		その他(現金・負債を含む)	()※ 円

提出者が被保険者本人の場合は、次について記入不要です。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先) 電話番号
提出者住所	本人との関係

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は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入又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。
- (5) 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

※裏面の同意書にも記入してください。

同 意 書

鬼北町長 様

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、鬼北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。

年 月 日

<本 人>

住 所 _____

(自 署)

氏 名 _____

※代理人の場合

(自 署)

氏 名 _____

<配偶者>

住 所 _____

(自 署)

氏 名 _____

※代理人の場合

(自 署)

氏 名 _____