

介護保険負担限度額認定申請書

三 郷 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。

フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0								
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女										
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、記入不要です。												
配偶者に関する事項	フリガナ														
	氏 名														
	生 年 月 日	年	月	日	個人番号										
	住 所	〒 連絡先													
	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	☐	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かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。													
	☐	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82.65万円以下です。 ※ 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 かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下です。													
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 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82.65万円を超え120万円以下です。 かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦1,550万円）以下です。													
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 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。 かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦1,500万円）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	※内容を記入してください							

申請者が被保険者本人の場合には、下記は、記入不要です。

申請者氏名	電話番号
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。
- 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、その全てを記入し、**通帳等の写しを添付してください。**
- 書き切れない場合は、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。

同意書

三郷町長 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、年金保険者または銀行、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。）の課税状況及び預貯金並び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

<町記入欄>

交付年月日	課 税 状 況				利用者負担段階	
年 月 日	本人	☐	課税	☐	非課税	☐ 第1段階
	配偶者	☐	課税	☐	非課税	☐ 第2段階
適用年月日	世帯員	☐	課税	☐	非課税	☐ 第3段階
年 月 1日 から	資 産				☐ 非該当	
	預貯金額	円	有価証券	円		
有効期限	現 金	円	負 債	円	決 定 事 項	
年 7月31日 まで	合 計 円				☐ 承認	
	預貯金、有価証券等の合計が規定額を ☐ 超 ☐ 以下				☐ 非承認	

上記のとおり処理してよろしいか。

通知書	認定証	所得情報	公 印

決 裁 欄	課長	主幹	課長補佐	担当