介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

伊達郡川俣町長　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 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
		生年月日	
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（※）	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	配偶者の有無が「無」の場合、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			
配偶者に関する事項 氏名			
配偶者に関する事項 生年月日	年　月　日	個人番号	
配偶者に関する事項 住所	〒 電話番号		
配偶者に関する事項 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 電話番号		
配偶者に関する事項 課税状況	市町村民税　　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※　・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円以下です。　**（受給している年金に○してください）** ※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。
	□	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※　・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。
	□	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※　・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、 ③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第2号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	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。

(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

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（内縁関係のものを含む。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関係機関等に伝えて構いません。

川 俣 町 長　様

令和　　年　　月　　日

【本人】　住　所

氏　名

【配偶者】　住　所

氏　名