

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 月形町長

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																			
被保険者氏名	個人番号																			
	性別		男 ・ 女																	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和		年	月	日															
住所	連絡先																			
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していない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、記載不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号																		
	配偶者氏名	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日														
		市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税																	
	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)																				

収入等に関する申告	<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	預貯金等の基準額	1000万円(夫婦は2000万円)以下		
	<input type="checkbox"/>	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、遺族年金を含みます。以下同じ。		650万円(夫婦は1650万円)以下		
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○してください)		550万円(夫婦は1550万円)以下		
	<input type="checkbox"/>	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。(受給している年金に○してください)		500万円(夫婦は1500万円)以下		
預貯金に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。					
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債等)	円

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

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は、そのすべてを記入してください。
- 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。

市町村記入欄

<input type="checkbox"/>	第1段階	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、預貯金等の合計 <input type="checkbox"/> 単身1,000万円以下 (円) <input type="checkbox"/> 夫婦2,000万円以下 (円)
<input type="checkbox"/>	第2段階	<input type="checkbox"/> 本人の年金収入額+その他合計所得金額が年額80万円以下 (円)	かつ、預貯金等の合計 <input type="checkbox"/> 単身 650万円以下 (円) <input type="checkbox"/> 夫婦1,650万円以下 (円)
<input type="checkbox"/>	第3段階①	<input type="checkbox"/> 世帯の全員(世帯分離配偶者含む)が市町村民税非課税 <input type="checkbox"/> 本人の年金収入額+その他合計所得金額が年額80万円超120万円以下 (円)	かつ、預貯金等の合計 <input type="checkbox"/> 単身 550万円以下 (円) <input type="checkbox"/> 夫婦1,550万円以下 (円)
<input type="checkbox"/>	第3段階②	<input type="checkbox"/> 本人の年金収入額+その他合計所得金額が年額120万円超 (円)	かつ、預貯金等の合計 <input type="checkbox"/> 単身 500万円以下 (円) <input type="checkbox"/> 夫婦1,500万円以下 (円)
<input type="checkbox"/>	第4段階	負担軽減の要件に該当しない方 <input type="checkbox"/> 世帯(世帯分離配偶者含む)に市町村民税課税者がいる <input type="checkbox"/> 預貯金等の合計が基準額以上である	

## 同 意 書

月形町長 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