

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

串本町長

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   |  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 明・大・昭 | 年      |  | 月 |  | 日 | 性別  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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（※）              |       |        |  |   |  |   | （※）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                 |     |  |   | 個人番号                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏名                   |     |  |   | 生年月日                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住所                   | 連絡先 |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日の住所（現住所と異なる場合） |     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況      | 市町村民税 課税 ・ 非課税       |     |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |                          |   |   |   |                 |  |  |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------------------------|---|---|---|-----------------|--|--|---|-------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 非課税年金に関する申告 | 非課税年金受給                  |   | 有 |   | 無               | 「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに○をしてください。 |  |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 年金の種類                    | 遺族年金・障害年金   |   |   | 年金保険者           | 日本年金機構 ・ 国家公務員共済<br>地方公務員共済 ・ 私学共済                 |  |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 収入等に関する申告   | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者 / 世帯全員（世帯分離している配偶者を含む。）が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者                          |   |   |                 |  |  |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> | 世帯全員（世帯分離している配偶者を含む。）が市町村民税非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。  |   |   |                 |  |  |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | <input type="checkbox"/> | 世帯全員（世帯分離している配偶者を含む。）が市町村民税非課税であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額 80 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が 1,000 万円（夫婦は合計 2,000 万円）以下です。<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり  |   |   |                 |  |  |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 預貯金額                     |   |   | 円 | 有価証券<br>(評価概算額) |  |  | 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | (内容) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 提出者氏名（事業所の場合は事業所名及び担当者名） | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所（事業所の場合は所在地）<br>〒   | 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、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 遺族年金には、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。
- 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、通帳・証書等の写しを添付してください。また、負債（借入金、住宅ローン等）がある場合は預貯金等から差し引いて計算しますので、借用証書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。

裏面の同意書にも記入・押印してください。

# 同意書

串本町長

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、串本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

ⓐ