

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

越知町長 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
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、記載不要です。
配偶者に関する事項
フリガナ
氏名
生年月日
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
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80万円以下です。
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80万円を超え、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
預貯金額
有価証券（評価概算額）
その他（現金・負債を含む）

※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、下記について記載は不要です。

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、そのすべてを記入し、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。

◆所得段階

■利用段階

# 同意書

越知町長 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、貴市（町村）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