

介護保険負担限度額認定申請書

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。

● 申請者本人に関する事項

		個人番号										
フリガナ 被保険者氏名		被保険者番	4	0	6	0	0					
		性別	男・女									
生年月日	大正・昭和		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。									

● 配偶者に関する事項

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。									
フリガナ 氏 名												
生年月日	大正・昭和		年	月	日							
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・預貯金に関する事項

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	預貯金が1,000万円以下の方 (夫婦で2,000万円以下の方)									
	☐	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の合計額が年額80万9千円以下	預貯金等650万円以下の方 (夫婦で1,650万円以下の方)									
	☐	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の合計額が年額80万9千円以上、120万円以下	預貯金等550万円以下の方 (夫婦で1,550万円以下の方)									
	☐	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の合計額が年額120万円以上	預貯金等500万円以下の方 (夫婦で1,500万円以下の方)									
預貯金等に関する申告	預貯金額											
	有価証券 (評価概算額)											
	その他 (現金・負債を含む)											

裏面もご記入ください

照 会 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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令 和 年 月 日

本 人 住所

氏名

配 偶 者 住所

氏名

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。

フリガナ		事業所名	
申請者 氏名		連絡先	
住所	〒	本人との 関係	

注意事項

- ① この申請書・同意書における「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 本年1月1日、配偶者の住所登録地が町外にあり、非課税である場合は、配偶者の非課税証明書を添付してください。
- ③ 預貯金等について、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。
- ④ 預貯金等が欄内に書ききれない場合は、別紙に記入し添付してください。
- ⑤ 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。