

介護保険負担限度額認定申請書

山田町長 様 令和 年 月 日

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	電話番号： ()		
入所(院)した介護保険施設の名称等(※)	所在地： 施設名：	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	注：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。 左記において「無」の場合は以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号	
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
	住所	電話番号： ()	
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合のみ記載)		
	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告 (いずれかに☑)	☐	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				
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額及び合計所得金額の合計が年額 80 万円以下です。				
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額及び合計所得金額の合計が年額 80 万円超 120 万円以下です。				
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額及び合計所得金額の合計が年額 120 万円超です。				
非課税年金に関する申告	① 遺族年金または障害年金を【 受給している・受給していない 】 ②種類：【 遺族年金※・障害年金 】※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。 ③年金保険者：【 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済 】					
預貯金等に関する申告	預貯金額	本人	円	有価証券 (評価概算額)	本人	円
		配偶者	円		配偶者	円
	その他 ()	本人	円	その他 ()	本人	円
		配偶者	円		配偶者	円

申請者記載欄（申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。）

氏名	被保険者との続柄：
住所	電話番号： ()

注意事項 (1) 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下さい。
(2) 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下さい。
(3) 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（裏面）への記入もお願いいたします。

銀行等への口座照会に対する同意書

山田町長 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、山田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：

【町記入欄】＊記入しないでください。

交付年月日	判 定	
令和 年 月 日	生活保護	受給あり ・ 受給なし
	市町村民税	課税世帯 ・ 非課税世帯
適用年月日	配偶者の市町村民税	課税 ・ 非課税 ・ 配偶者なし
令和 年 月 日	被保険者の預貯金等	円
	配偶者の預貯金等	円
有効期限	合計	円
令和 年 月 日	被保険者の課税年金収入額	円
	被保険者の非課税年金収入額	円
受付印	被保険者の合計所得金額	円
	認定結果	第（ 1 ・ 2 ・ 3 - ① ・ 3 - ② ）段階 非該当
	非該当理由	1. 課税世帯 2. 配偶者課税あり 3. 基準を超える預貯金等あり
	銀行等への照会	あり ・ なし
	照会先	