

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

三戸郡 田子町長 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			被保険者番号												
被保険者氏名			個人番号												
			生 年 月 日												
住 所	〒 電話番号														
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 名称(※)	〒 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		配偶者の有無が「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	年 月 日					個人番号								
	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)	〒 電話番号													
	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82.65万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※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。以下同じ。													
	☐	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82.65万円を越え、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120万円を越えます。													
預貯金等に関する申告 ※通帳等の 写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円) ③の方は650万円(同1650万円)、④の 方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以上です。													
	預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)		円	その他 (預金・負債額 を含む)	()※ 円	※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。

同意書

田子町長 殿

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いたします。

また、田子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
