（表面）

介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

（申請先）今別町長

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	
被保険者名		個人番号	
生年月日	年　月　日	性別	男　・　女
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（※）	昭・平・令　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		生年月日	大・昭　年　月　日
	氏名			
	住所		電話番号	
	市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合）		本年１月１日（申請が１月から７月までの場合は前年１月１日）時点の住所を記入してください。	
	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、課税年金収入額と合計所得金額と年額８０万円以下 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が（受給している年金に○をしてください）
	□	④市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と年額８０万円を超え、１２０万円以下。 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が（受給している年金に○をしてください）
	□	⑤市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と年額１２０万円を超えます。 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が（受給している年金に○をしてください）
預貯金等に関する申告	□	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 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。

預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	（　　）※ 円

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	連絡先（自宅・勤務先）
提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）	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、別世帯の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。

保険者確認欄	第１段階	第２段階	第３段階１	第３段階２	第４段階（非該当）	その他	確　認

※裏面の同意書にも記入してください。

（裏面）

同　意　書

（申請先）今別町長

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、今別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