

裏面も必ずご記入ください

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 山辺町長

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	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
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(※)	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	明・大・昭 年 月 日	個人番号	
	住所	連絡先		
	課税状況	市町村民税 課税・非課税		

収入等に関する申告		預貯金・有価証券等上限額			
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	単身の場合 1,000 万円 夫婦の場合 2,000 万円			
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に〇して下さい) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80.9 万円以下です。 ※ 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。	単身の場合 650 万円 夫婦の場合 1650 万円			
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に〇して下さい) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80.9 万円より多く、120 万円以下です。	単身の場合 550 万円 夫婦の場合 1,550 万円			
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に〇して下さい) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。	単身の場合 500 万円 夫婦の場合 1,500 万円			
<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が上限額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)	() ※内容を記入して下さい 円

※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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

山 辺 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します。

また、山辺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。

年 月 日

【本 人】

住 所

氏 名

【配偶者】

住 所

氏 名