

# 介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

増毛町長 殿

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                             | ㊦  |  |  | 性別     | 男 ・ 女 |  |  |   |  |  |  |  |
| 生年月日                               | 明 ・ 大 ・ 昭                                      |  |  | 年      | 月     |  |  | 日 |  |  |  |  |
| 住 所                                | 〒  |  |  |        |       |  |  |   |  |  |  |  |
|                                    | 電話番号   |  |  |        |       |  |  |   |  |  |  |  |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>※ | 所在地 〒  |  |  |        |       |  |  |   |  |  |  |  |
|                                    | 名 称  |  |  | 電話番号   |       |  |  |   |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日<br>※                      | 昭 ・ 平  |  |  | 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 |  |  |  |  |
|                            | 住 所   | 〒         |  |   |   |   |  |       |   |  |  |  |  |
|                            |       | 電話番号      |  |   |   |   |  |       |   |  |  |  |  |
| 本年1月1日現在の<br>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  | <input type="checkbox"/> | 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   |                 |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計が年額80万円以下です。<br><small>（受給している年金に○して下さい）</small><br>※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。 |                 |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | 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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円を超えます。<br><small>（受給している年金に○して下さい）</small>  |                 |   |                   |      |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。<br>※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<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債を含む) | ※( ) |  |  |  |  |  |  |

※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   | 電話番号   |
| 申請者住所 〒 | 本人との関係 |

### ※増毛町記入欄

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 交付年月日 | 平成 年 月 日   | 備考 |
| 適用年月日 | 平成 年 月 日から   |    |
| 有効期限  | 平成 年 7月 31日まで  |    |
| 交付方法  | <input type="checkbox"/> 郵送（自宅） <input type="checkbox"/> 郵送（施設） <input type="checkbox"/> その他 |    |

### <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所有している場合は、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) 書ききれない場合は、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

増毛町長 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、報告を求める事に同意します。

年 月 日

<被保険者本人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<配偶者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

<代筆の場合>

(被保険者欄の代筆者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (関係) \_\_\_\_\_

(配偶者欄の代筆者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (関係) \_\_\_\_\_