

# ※記入例

## 介護保険 負担限度額認定申請書

遊佐町長 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	保険者番号			1	0	0	0	0	1
被	住所・氏名・生年月日、入所施設などをご記入ください。 施設入所中の場合は施設の所在地および施設名もお書きください。								
生									
住									
入所(院)した施設及び 介護保険施設 の所在地(※)	〒								
入所(院) 年月日(※)	連絡先			年 月 日					
配偶者の有無	有			無					
フリガナ	配偶者様がいらっしゃる場合にご記入ください。								
氏名									
生年月日									
住所	〒								
連絡先	年 月 日								
遺族年金・障害年金を受給している場合はマルをつけてください。	受給しているすべての年金の保険者にマルをつけてください。								
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者、市町村民税世帯非課税である高齢者 <input type="checkbox"/> ②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80万円以下です。 <small>(受給している年金に○して下さい。以下同じ。)</small> <small>※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。</small> <input type="checkbox"/> 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80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 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120万円を超えます。 <input type="checkbox"/> 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120万円を超えます。								
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しを添付	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 (詳細欄参照)	円	その他 (現金・良債を含む)	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	申請される方の住所・氏名・連絡先、ご本人	連絡先(自宅・勤務先)
申請者	との関係をご記入ください。	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。

※裏面の記入もお願いします。

## 同意書

遊佐町長 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、貴市（町村）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

申請日における各々の現住所及び氏名  
をご記入ください。

※ご本人以外で代理申請いただく場合は、氏名を記入後押印ください。