

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

浦谷町長 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	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【死別・離別・その他（ ）】			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				
	氏 名				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	住 所	電話番号			
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）				
	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【障害年金 ・ ※遺族年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい）※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			
	<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【障害年金 ・ ※遺族年金】収入額の合計額が年額80万円を超えており、120万円以下です。（受給している年金に〇して下さい）			
	<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【障害年金 ・ ※遺族年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に〇して下さい）			
預貯金等に関する申告		預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）	
	本人	円	円	（ ） ※内容を記入 円	
	配偶者	円	円	（ ） ※内容を記入 円	

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。

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 <small>（携帯電話等常時つながるもの）</small>
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 ※必ず記入してください。

涌谷町長 様

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 _____ 印 _____

〈配偶者〉 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

委任状 ※本人及び家族以外が申請する場合、委任状が必要です。

私は、下記の者に介護保険負担限度額認定の手続きに関する事項について委任します。

令和 年 月 日

〈委任者〉 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

〈受任者〉 住所 _____

氏名 _____

涌谷町記入欄

		備 考	
交付年月日 令和 年 月 日		(所得分布の状況等を記入)	
		本人世帯	: 非課税 ・ 課税
		配偶者	: 非課税 ・ 課税
		資産	: 範囲内 ・ 超過
適用年月日 令和 年 月 日			
有効期限 令和 年 月 日			
		所得額	円
		課税年金収入額	円
		非課税年金額	円
		利用者負担段階	段階