

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)
鏡野町長 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。
また、本申請書に記載する個人番号を住民基本台帳等で検索し、担当職員が記載又は確認することに同意します。

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 （※）	所在地												
	名称	連絡先											
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	☐ 被保険者と同じ 〒 連絡先											
	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	非課税年金	有・無		受給している非課税年金	遺族年金 ・ 障害年金 ※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。							
	☐	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あって、課税年金収入額と非課税年金収入額、 その他合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。										
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、 その他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。										
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、 その他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 ※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、有価証券等の金額の合計が基準以下です。 ②単身1,000万円（夫婦2,000万円） ③単身650万円（夫婦1,650万円） ④単身550万円（夫婦1,550万円） ⑤単身500万円（夫婦1,500万円） ※第2号被保険者（40歳以上64歳未満）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦2,000万円）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 ※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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

※裏面の同意書にも記入が必要です。

- 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。

【鏡野町記入欄】	
申請区分	☐ 新規 ☐ 更新
審査結果	☐ 認定 所得段階：第 段階（期間： 年 月 日～翌7月31日）
	☐ 非該当 理由： 世帯員課税 ・ 配偶者課税 ・ 預貯金

同意書

鏡野町長 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
