

# 介護保険負担限度額認定申請書

新規・更新

(申請先) 南部町長

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	大正・昭和	年	月	日	性別					男・女												
住 所	電話 ( ) -																					
介護保険施設の所在地及び名称	電話 ( ) -																					
入所(院)年月日	平成・令和	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（別居や内縁関係を含む）			有 ・ 無			「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			生年月日	T・S・H 年 月 日																	
	氏 名			個人番号																		
	住 所																					
	本年1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合に記入してください																				
	市町村民税課税状況	年度市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 非課税																				

◎ 収入等に関する申告（※下記のあてはまる所にチェックしてください。）		（収入等に関する申告に対する） 預貯金等の基準額【 <b>单身・（夫婦）</b> 】				
<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	1,000万円（夫婦：2,000万円）以下				
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年間 <b>80万円以下</b> です。（受給している年金に○をして下さい。） ※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。	650万円（夫婦：1,650万円）以下				
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年間 <b>80万円超 120万円以下</b> です。（受給している年金に○をして下さい。）	550万円（夫婦：1,550万円）以下				
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年間 <b>120万円を超えます</b> 。（受給している年金に○をして下さい。）	500万円（夫婦：1,500万円）以下				
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（夫婦は配偶者分も含む）は別添のとおりです。 【单身・夫婦】					
	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。

(※) 2号被保険者基準額（一律）：单身 1,000万円（夫婦、2,000万円）以下

《 裏面に続く ↓ 》

(表面からの続き)

※この欄は、被保険者が家族や施設職員に申請等を依頼する場合、記入します。

私は、下記の者に、「介護保険負担限度額認定申請書」の申請及び提出に関することを依頼します。

年 月 日

<依頼を受けた者> 氏 名 (被保険者との続柄： 家族 ・施設職員・ その他 )

住 所 〒

電 話 ( ) -

※認定通知書あて先 本人現住所地 ・ 依頼者住所地

その他 ( )

### 町が金融機関等に確認を行う同意書

※この欄は、負担度限度額を申請する場合、必ず記入します。

南部町長

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、年金保険者または銀行、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、南部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

<被保険者（申請者）本人>

氏 名

住 所

<配偶者>

氏 名

住 所

#### 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。また、申請 1 か月以内の多額の預金引き出し額は現金に含まれる場合があります。
- (3) 虚偽の申請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。

#### ◎ 南部町記入欄

<input type="checkbox"/> 認定します	適用年月日	年 月 日 から
	有効期限	年 月 日 まで
	負担段階	<input type="checkbox"/> 第 1 段階 <input type="checkbox"/> 第 2 段階 <input type="checkbox"/> 第 3 段階① <input type="checkbox"/> 第 3 段階② <input type="checkbox"/> 第 4 段階
<input type="checkbox"/> 認定しません	理 由	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 世帯外の配偶者が課税 <input type="checkbox"/> 預貯金超過