

負担限度額認定申請書

年 月 日

南巨摩郡身延町長 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		保 険 者 番 号				1	9	3	6	5	6
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号									
		個人番号									
生 年 月 日		大正・昭和 年 月 日									
住 所		〒 連絡先									
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及 び 名 称 (※)		〒 連絡先									
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		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	年 月 日		個人番号							
	住 所	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		☐ 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【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 80.9 万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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。									
		☐ 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 80.9 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【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 ※通帳等の写しは別添		☐ 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 (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

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。

同意書

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、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。

身延町長 あて

令和 年 月 日

<本人>

住所：

氏 名 : _____ 印 _____

＜配偶者＞

住 所：

氏 名 : _____ 印 _____

※必ず押印してください