

階 上 町 長 宛て

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			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	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	☐	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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万 9000 円以下です。 （受給している年金に○をして下さい。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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万 9000 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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 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（夫婦は 1650 万円）、④の方は 550 万円（夫婦は 1550 万円）、⑤の方は 500 万円（夫婦は 1500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳～64 歳）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、以下について記載は不要です。																				
申請者氏名															電話番号					
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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の記載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

階 上 町 長 宛て

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私の世帯員の所得、課税資料を閲覧すること及び官公署、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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名