

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

湧水町長 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。

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 （※）	〒 連絡先																			
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短期入所（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	大・昭・平	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																	

① □	受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	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																	
② □		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80万9千円以下です。 （受給している年金に○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。																	
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80万9千円超120万円以下です。 （受給している年金に○して下さい）																	
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120万円を超えます。 （受給している年金に○して下さい）																	
② □		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。 （受給している年金に○して下さい）																	
		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	内容を記入して下さい											

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
認 定 証 送 付 先	□住所地 □上記施設 □その他（ ）

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、その全てを記入し、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。

町記入欄

利用者負担段階	審査結果
1・2・3 - ①・3 - ②・4	承認・非承認

★裏面もご記入ください。



同 意 書

湧水町長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

(代筆者名)