

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

埼玉県児玉郡美里町長 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<br>被保険者氏名                       | 被保険者番号  |   |  |                                                       |   |  |  |   |  |  |      |  |  |
|                                      | 個人番号    |   |  |                                                       |   |  |  |   |  |  |      |  |  |
|                                      | 生 年 月 日 | 年 |  |                                                       | 月 |  |  | 日 |  |  |      |  |  |
| 住 所                                  | 〒       |   |  |                                                       |   |  |  |   |  |  | 電話番号 |  |  |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 〒       |   |  |                                                       |   |  |  |   |  |  | 電話番号 |  |  |
| 入所（院）年月日<br>（※）                      | 年 月 日   |   |  | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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          |  | 配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」<br>については、記載不要です。 |      |  |  |  |  |  |  |      |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ<br>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<br>現在の住所<br>（現住所と<br>異なる場合） | 〒              |  |                                               |      |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |
|           | 課税状況                               | 市町村民税 課税 ・ 非課税 |  |                                               |      |  |  |  |  |  |  |      |  |

|                          |                          |                                                                                                                                                                                                |                 |   |                       |                             |  |  |  |  |  |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-----------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告                | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                                                               |                 |   |                       |                             |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ③市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額 80.9 万円以下です。（受給している年金に〇してください）<br>※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。                                                   |                 |   |                       |                             |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。                                                                                                     |                 |   |                       |                             |  |  |  |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額 120 万円を超えます。                                                                                                               |                 |   |                       |                             |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、<br>③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、<br>⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。<br>※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。 |                 |   |                       |                             |  |  |  |  |  |
|                          | 預貯金金額                    | 円                                                                                                                                                                                              | 有価証券<br>（評価概算額） | 円 | その他<br>（現金・負債を<br>含む） | ( ) ※<br>円<br>※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、以下の記載は不要です。

|            |             |
|------------|-------------|
| 申請者氏名      | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所<br>〒 | 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、その全てを記入し、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

美里町長 様

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、貴市(町村)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