

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・短期)

令和 年度

令和 年 月 日

(申請先)

日の出町長

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										
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 (※)	昭・平・令				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					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高齢福祉年金受給者											
	☐	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、その合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。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、その合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え120万円以下です。											
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額、そ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	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計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

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、そのすべてを記入し、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。

同 意 書

日の出町長 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