

介護保険負担限度額認定申請書

白浜町長 殿 令和 年 月 日
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）した介護保健施設の所在地及び名称（※）	〒 連絡先			
入所（院）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市町村民税非課税世帯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82.65万円以下です。（受給している年金に〇してください。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ものを含みます。
 - (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、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。

裏面もご記入ください

同 意 書

白浜町長 宛

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、銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

（本 人）

住所

氏名

（配偶者）

住所

氏名

※ 預貯金等に関する申告

配偶者（内縁関係を含む）がいる場合は、夫婦の合計額を記入し、全ての通帳等の写しを添付してください。（金融機関名、口座名義人及び最終残高が確認できるもの）

※ 配偶者に関する事項

本年1月1日、配偶者の住民登録地が町外にあり、非課税である場合は、配偶者の非課税証明書を添付してください。

