

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 大紀町長

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	(印)		個人番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女									
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(※)	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、記入不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ													
	氏 名													
	生年月日	明・大・昭	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	<input type="checkbox"/>	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												
	<input type="checkbox"/>	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 万円以下です。 <small>(受給している年金に○して下さい)</small> ※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。										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		
	<input type="checkbox"/>	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 万円を越えます。 <small>(受給している年金に○して下さい)</small>												
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり												
	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、下記については記載は不要です

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	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。

※裏面の同意書にも記入・押印してください。

# 同意書

(宛先) 大紀町長

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、大紀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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

# 委任状兼同意書

(代理人) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (委任者との関係)

私は上記の者を代理人と定め、次の手続き等を委任します。なお、申請書等に個人番号の記載が無い場合は保険者が個人番号を閲覧し記載することに同意します。

【委任事項】※該当するものに、又は記入

介護保険新規申請及び更新等の各種申請

介護保険各種届出書

介護保険負担限度額等の申請

その他 ( \_\_\_\_\_ )

年 月 日

(委任者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

## 【 負担限度額認定申請チェックリスト 】

※申請書の提出の前に下記についてご確認下さい。

被保険者番号、氏名、住所の記入、押印はされていますか？

配偶者の有無に ○ はついていますか？

(配偶者が「有」の場合)

「配偶者に関する事項」の欄が漏れなく記入されていますか。

収入等に関する申告について該当する区分に☑、受給している年金に○はついていますか。

預貯金等に関する申告に☑は記入されていますか？

(被保険者本人以外が提出する場合)

申請者氏名・住所等の記入はされていますか？

裏面の同意書に記入、押印されていますか？

通帳等のコピーは添付されていますか？ (本人、配偶者含む)

金融機関名・支店・口座番号・名義・最終残高が確認できる箇所の写しをご用意ください。

※生活保護受給者の方は添付の必要ありません。

委任状兼同意書に記入・押印はされていますか？

※被保険者本人以外が窓口へ来られる場合、提出が必要です。