

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			個人番号												
生 年 月 日	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 （※）	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	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														

収入等及び 預貯金等に 関する申告	☐	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													
	☐	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。 ※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。 ○預貯金等、有価証券等の合計が 650 万円（夫婦の場合は 1,650 万円） 以下です。 ※65 歳未満の場合、1,000 万円（夫婦の場合は 2,000 万円）以下です。以下同じ。													
	☐	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 万円を超え 120 万以下です。 ○預貯金等、有価証券等の合計が 550 万円（夫婦の場合は 1,550 万円） 以下です。													
	☐	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、有価証券等の合計が 500 万円（夫婦の場合は 1,500 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）	（ ） ※内容を記入 円							

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

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（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

<配偶者>

住所

氏名

委任状

(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。

【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 _____