

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

〇〇年△△月□□日

富岡町長 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	トミオカ タロウ	被保険者番号	0000012345
被保険者氏名	富岡 太郎	個人番号	わかる場合はご記入ください。
生 年 月 日	〇〇年 △△月 □□日	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 〇〇市△△町 特別養護老人ホーム□□ 住民票所在地の住所を記入してください。 連絡先 090-1111-2222		
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	〒 〇〇市△△町 特別養護老人ホーム□□ 連絡先		
入所(院) 年月日(※)	〇〇年 △△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	トミオカ ハナヨ		
	氏 名	富岡 花代		
	生 年 月 日	大・昭・平 〇〇年 △△月 □□日	個人番号	わかる場合はご記入ください。
	住 所	住民票所在地の住所を記入してください。 連絡先 090-2222-3333		
	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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい。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【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80.9万円を超え、 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【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	☒	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	〇, 〇〇〇, 〇〇〇円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)

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	夜の森 一郎	連絡先（自宅・勤務先）	090-1111-2222
申請者住所	〇〇市△△町□□番地	本人との関係	長男

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。

裏面の記入も必須です。

同 意 書

富岡町長 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、富岡町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

〇〇年 △△月 □□日

（被保険者）

住 所 住民票所在地の住所を記入してください。

氏 名 富岡 太郎

（配偶者）

住 所 住民票所在地の住所を記入してください。

氏 名 富岡 花代