

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

さつま町長 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			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	連絡先														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	住所:														
	名称:		連絡先												
入所(院)年月日(※)	昭・平	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	明・大・昭	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	<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。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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〇して下さい。  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
預貯金等に関する申告	<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80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)													
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額が1,000万円(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・携帯)			
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) 書ききれない場合は、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

さつま町長 殿

介護保険負担限度額のために必要があるときには、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、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まいります。

年 月 日

〈本人〉

住所

---

氏名

印

---

〈配偶者〉

住所

---

氏名

印

---