

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 | | | 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(※) | 平・令 | 年 | 月 | 日 | <small>(※)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。</small> | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------------|-------|----------------------------------------------------------|---|---|------|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無 | 有 ・ 無 | | <small>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。</small> | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 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80.9万円以下です。 <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。</small> | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 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80.9万円超120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 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年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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②の場合1000万円（夫婦2000万円）、③の場合650万円（夫婦1650万円）、④の場合550万円（夫婦1550万円）、⑤の場合500万円（夫婦1500万円）以下です。（※第2号被保険者の場合：預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦2000万円）以下です。） | | | | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 <small>(普通・定期)</small> | 円 | 有価証券 <small>(評価概算額)</small> | 円 | その他 <small>(現金・負債を含む)</small> | () |) ※ | 円 | <small>※内容を記入して下さい</small> | | | | | |

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

〈配偶者〉

住所

氏名

※決定通知の送付先

被保険者住所地

入所施設

その他（その他の場合は下記の送付先欄を記入して下さい）

| | | | |
|-------|---|----------|---|
| 送付先氏名 | | 被保険者との関係 | |
| 送付先住所 | 〒 | 電話番号（ | ） |