

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																	
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： 連絡先																			
入所(院)年月日(※)	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	☐ 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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 ※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。																		
	☐ 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82.65万円超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年額120万円を超えます。																		
預貯金等に関する申告	☐ 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 (普通・定期)	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 様

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（ ）		