

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

川辺郡猪名川町長 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                     |  | 保険者番号  | 2 8 3 0 1 0     |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                   | 印  | 被保険者番号   | 0               | 0        | 0                 | 0     |   |  |  |  |  |
| 性別                       | 男・女  | 個人番号   |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 明・大・昭 年 月 日  |  |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 住所                       | 〒<br>連絡先 ( )   |  |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒<br>連絡先 ( )   |  |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 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、記載不要です。      |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項                | フリガナ   |  | 個人番号            |          |                   |       |   |  |  |  |  |
|                          | 氏名   |  |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
|                          | 生年月日   | 年 月 日  | 課税状況            | 市町村民税 課税 |                   | ・ 非課税 |   |  |  |  |  |
|                          | 住所   | 〒<br>連絡先 ( )                                   |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
|                          | 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）   | 〒  |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 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<br><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○して下さい。）<br>※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。<br><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○して下さい。） |  |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
| 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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり  |  |                 |          |                   |       |   |  |  |  |  |
|                          | 預貯金額   | 円  | 有価証券<br>(評価概算額) | 円        | その他<br>(現金・負債を含む) | ( ) ※ | 円 |  |  |  |  |

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記についての記載は不要です。

|       |             |
|-------|-------------|
| 申請者氏名 | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 申請者住所 | 本人との関係      |

## 注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

川辺郡猪名川町 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構いません。

平成 年 月 日

〈 本人 〉

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

〈 配偶者 〉

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

猪名川町処理欄(以下は記入しないでください)

| 所属世帯<br>課税状況等 | 非課税 ・ 課税 ・ 配偶者の課税状況および資産の勘案より非該当 |      |               |      |     |
|---------------|----------------------------------|------|---------------|------|-----|
| 課税年金額         | 円                                | 負担段階 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 | 経過措置 | 有・無 |
| 交付年月日         | 適用年月日                            |      |               |      |     |
| 平成 年 月 日      | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで           |      |               |      |     |
| 受 付           |                                  | 備考   |               |      |     |