

(別添3)

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

古座川町長

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 (※)	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。 <small>(受給している年金に○をしてください)</small> <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"/> 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。 <small>(受給している年金に○をしてください)</small>							
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。 <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>							
	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。

裏面の同意書にも必要事項を記入・押印してください。

## 同意書

古座川町長 殿

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、貴市(町村)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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

(別添3)

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

古座川町長

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	<b>古座川 太郎</b>	被保険者番号	10桁の被保険者番号を記載
被保険者氏名	<b>古座川 太郎</b> ⑩	個人番号	12ケタのマイナンバーを記載してください
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日	性別	男 ・ 女
住所	古座川町○○××番地 連絡先 0735-○○-○○○○		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	△△病院 連絡先 0735-○○-○○○○		
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	<b>古座川 花子</b>		
	氏名	<b>古座川 花子</b>		
	生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日	個人番号	12ケタのマイナンバーを記載してください
	住所	古座川町○○××番地 連絡先 0735-○○-○○○○		
	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	該当する箇所にレ点を入れてください。		

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。 ※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○してください  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
<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。		
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。 ※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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	<b>古座川 小太郎</b>	連絡先(自宅・勤務先)	0735-○○-○○○○
申請者住所	<b>古座川町○○△△番地</b>	本人との関係	<b>長男</b>

### 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。

裏面の同意書にも必要事項を記入・押印してください。

## 同意書

古座川町長 殿

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、貴市(町村)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。

押印も忘れず  
お願いします。

年 月 日

<本人>

住所 **古座川町〇〇△△番地**

氏名 **古座川 太郎**

印

<配偶者>

住所 **古座川町〇〇△△番地**

氏名 **古座川 花子**

印