

介護保険負担限度額認定申請書

遠軽町長 様

令和 年 月 日

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。

| | |
|-------|-------------|
| 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) 申請者が被保険者本人の場合には、上記について記入不要です。

| | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------|---|----|-------|--|
| 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 | 〒 | | 電話： | | | | |
| 入所形態 | <input type="checkbox"/> 介護保険施設入所 | | <input type="checkbox"/> 短期入所利用 | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称(ショートステイの場合は不要) | 〒 | | 入所年月日 年 月 日 | | | | |

| | | |
|------------|---|--|
| 非課税年金受給の有無 | 有 ・ 無 | <p>「有」の場合</p> <p>① 受給している年金に○をしてください。 (遺族年金※・障害年金)</p> <p>② 受給している年金保険者に○をしてください。 (日本年金機構・地公共済・国公共済・私学共済)</p> <p><small>※ 寡婦年金・かん天年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含みます。</small></p> |
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市町村民税非課税者のみの世帯で、老齢福祉年金受給者です。 <input type="checkbox"/> ③市町村民税非課税者のみの世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 年額80万円以下 です。 <input type="checkbox"/> ④市町村民税非課税者のみの世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 年額80万円を超え、120万円以下 です。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税非課税者のみの世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が 年額120万円を超え ます。 | |

| | | |
|-----------|------------------------|---|
| 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 | 生年月日 明・大・昭 年 月 日 |
| | 氏 名 | 個人番号 |
| | 現住所 | 〒 電話： |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 〒 電話： |
| | 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ 非課税 |

(注) 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の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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> | | | | | | |
| | 本人 | 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 |
| | 配偶者 | 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 |

(注) 預貯金等については、複数保有している場合はその全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

◎遠軽町記入欄

| | | | | | | |
|------|---------|-------|----------|-------|--------|----------|
| 申請種類 | 新規 ・ 更新 | 交付年月日 | 令和 年 月 日 | 課税状況 | 本人 | 課税 ・ 非課税 |
| 負担段階 | 第 段階 | 適用年月日 | 令和 年 月 日 | | 世帯 | 課税 ・ 非課税 |
| 判定結果 | 認定 ・ 却下 | 有効期限 | 令和 年 月 日 | | 配偶者 | 課税 ・ 非課税 |
| 備 考 | | | | 預貯金基準 | 以下 ・ 超 | |

※ 添付書類（配偶者分も必要です）

| 預貯金等の種類 | 添付書類 |
|-------------------------------------|---|
| 預貯金（普通・定期） | 通帳の写し（インターネットであれば口座残高ページの写し） ※通帳の写しについては、①「銀行等名称・口座名義が分かるページ」、②「直近から2か月前までの残高が分かるページ」の写しを添付してください。 |
| 有価証券（株式・国債・地方債・社債など） | 証券会社や銀行の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可） |
| 金・銀など、購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属 | 購入先の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可） |
| 投資信託 | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し （ウェブサイトの写しも可） |
| 負債（借入金・住宅ローンなど） | 借用証書の写し |

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。

◎ 必ず次の「同意書」に記入ください。

同 意 書

遠軽町長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

〈本人〉
住 所

氏 名

〈配偶者〉
住 所

氏 名