

介護保険負担限度額認定申請書

※必ず裏面も記入してください

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	大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女																
住 所	〒 電話：																		
入所形態	☐ 介護保険施設入所 ☐ 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	「有」の場合
		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 ） ※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。 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 ）
収入等に関する申告	☐	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。
	☐	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 80.9 万円以下 です。
	☐	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 80.9万円を超え、120万円以下 です。
	☐	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	☐	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。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																
	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

※必ず裏面も記入してください

※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