

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

智頭町長 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 被保険者氏名		印	被保険者番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日		個人番号						
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・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	<input type="checkbox"/>	「第1段階」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	受給している 全ての年金の 保険者に○を して下さい			
	<input type="checkbox"/>	「第2段階」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。				
	<input type="checkbox"/>	「第3段階①」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80万円超120万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	「第3段階②」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120万円を超えます。				
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、第1段階：1000万円以下、第2段階：650万円以下、第3段階①：550万円以下、第3段階②：500万円以下（夫婦は第1段階：2000万円以下、第2段階：1650万円以下、第3段階①：1550万円以下、第3段階②：1500万円以下）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）
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。
- (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

智頭町長 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、年金保有者又は銀行、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

印

(代筆者氏名 印)

<配偶者>

住 所

氏 名

印

(代筆者氏名 印)
