

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

茨城町長 宛

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	イバラキ タロウ	被保険者番号	0000012345
被保険者氏名	茨城 太郎	個人番号	123456789012
生年月日	昭和 11 年 6 月 12 日	性別	男 ・ 女
住所	〒311-3131 茨城町小堤 1080-1 連絡先 029-292-1111		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒311-3131 茨城町小堤 1037-2 介護老人保健施設 茨城苑 連絡先 029-291-8407		
入所(院)年月日(※)	令和 3 年 5 月 1 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	イバラキ ハナコ		
	氏名	茨城 花子		
	生年月日	昭和 12 年 10 月 5 日	個人番号	098765432101
	住所	〒311-3131 茨城町小堤 1080-1 連絡先 029-292-1111		
	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"/>	①生活保護受給者/②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 日本年金機構 地方公務員共済 員共済 済
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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 checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。	
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。	遺族年金または障害年金を受給している場合は、受給しているものに必ず○を付けてください。

預貯金等に関する申告 ※ 通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。 ※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③~⑤の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。			
	預貯金額	5,203,416 円	有価証券(評価概算額)	10,000 円	その他(現金・負債を含む) (現金) ※ 100,000 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		本人及び配偶者の預貯金額等の合計をそれぞれ記入してください。	
申請者氏名	茨城 春子	住所	〒311-3131 茨城町小堤 1080-2 本人との関係 長女 電話 (自宅・勤務先) 090-1234-5678

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

茨城町長 宛

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）並びに世帯全員の住民税課税状況について税務関係当局に、生活保護受給状況について福祉事務所に、私及び私の配偶者の保有する預貯金並びに有価証券等の残高について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、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。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

<本人>

本人が記入できない場合は、代筆でも結構です。

住所 茨城町小堤 1080-1

氏名 茨城 太郎

<配偶者>

住所 茨城町小堤 1080-1

氏名 茨城 花子

※決定通知書及び認定証を被保険者の住所以外に送付希望の場合は記入してください。

決定通知書 及び認定証 の送付先	<input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 支援事業所 <input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> その他	送付先住所（所在地） 〒
		送付先氏名・名称  本人との関係（ ）