

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書  
(特養・老健・医療院・短期)

記入例

(申請先) おいらせ町長

令和〇年〇月〇〇日

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。

|                          |                                           |                                                    |                  |
|--------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|
| フリガナ                     | オイラセ タロウ                                  | 被保険者番号                                             | 00000000001      |
| 被保険者氏名                   | おいらせ 太郎                                   | 個人番号                                               | 町外在住の場合は、個人番号を記入 |
| 生年月日                     | 明・大・昭 11年11月11日                           |                                                    |                  |
| 住所                       | おいらせ町上明堂60-6                              | 連絡先                                                | 0178-56-4705     |
| 入所(院)した介護保険施設の名称及び所在地(※) | 特別養護老人ホーム ●●●荘<br>〒039-2192 おいらせ町中下田135-2 | 連絡先                                                | 0178-56-2111     |
| 入所する居室の種別                |                                           |                                                    |                  |
| 入所(院)年月日(※)              | 昭・平 26年1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、記入不要です。 |      |                  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                   | オイラセ ハナコ                                  |      |                  |
|           | 氏名                     | おいらせ 花子                                   |      |                  |
|           | 生年月日                   | 明・大・昭 12年12月12日                           | 個人番号 | 町外在住の場合は、個人番号を記入 |
|           | 住所                     | 同上                                        | 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高齢福祉年金受給者                         | 預貯金等の基準額    | 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 |               |
|            | <input checked="" type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。           |             | 650万円(夫婦は1,650万円)以下   |               |
|            | <input type="checkbox"/>            | 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。  |             | 550万円(夫婦は1,550万円)以下   |               |
|            | <input type="checkbox"/>            | 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。         |             | 500万円(夫婦は1,500万円)以下   |               |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。<br>※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                                | 10,000,000円                                            | 有価証券(評価概算額) | 2,000,000円            | その他(現金・負債を含む) |

※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 | おいらせ 花子      | 連絡先(自宅・勤務先) | 0178-56-4705 |
| 申請者住所 | おいらせ町上明堂60-6 | 本人との関係      | 妻            |

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。

## 同意書

おいらせ町長 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構いません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

<本人>

住所 おいらせ町上明堂60-6

氏名 おいらせ 太郎

<配偶者>

住所 おいらせ町上明堂60-6

氏名 おいらせ 花子