

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)
鶴田町長 殿

令和 年 月 日
□ 8 月以降の利用について、事前申請します。

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			被保険者番号		
被保険者氏名			個人番号		
生 年 月 日	大正・昭和	年 月 日	性 別	男 - 女	
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 （※）	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	大正・昭和	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	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者					
	☐	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〇して下さい。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。					
	☐	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。					
	☐	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。					
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	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	円	有価証券 （評価概算額）	円	その他 （現金・負債 を含む）	円

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	（印） ※自署の場合は 押印不要	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) 被保険者及び配偶者の通帳等（複数ある場合はすべての通帳）の写しを添付してください。（申請日の直近から 3 ヶ月前までの残高が記載されている部分）
- (3) 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

鶴田町長 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

氏名

㊞

※自署の場合は
押印不要

<配偶者>

住所

氏名

㊞

※自署の場合は
押印不要