

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

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。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号		
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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	住所	〒 電話番号		
	本年1月1日現在の住所			
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		

収入に関する申告	非課税年金受給の有無	有 (遺族年金／障害年金) ・ 無		世帯の課税状況	☐ 市町村民税非課税	生活保護受給の有無	有 ・ 無
	65歳以上の人 (年金収入額+その他の合計所得金額)	☐	年額80万9,000円以下です。		預貯金の合計 基準額	650万円(夫婦は1,650万円)以下	
		☐	年額80万9,000円超120万円以下です。			550万円(夫婦は1,550万円)以下	
		☐	年額120万円を超えます。			500万円(夫婦は1,500万円)以下	
	65歳未満の人			1,000万円(夫婦は2,000万円)以下			
預貯金等に関する申告		☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。資産のわかる通帳等の写しは別添のとおりです。					
	預貯金額	円	有価証券	円	その他()※ 現金・負債等 円	※内容を記載してください。	

同意書	
(宛先) 富土河口湖町長	
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、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＞	＜配偶者＞
住所	住所
氏名	氏名

※申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

申請者氏名		電話番号
申請者住所		本人との関係

- 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。
 - 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。