介護保険　負担限度額認定申請書

平成　　年　　月　　日

栄町長　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		被保険者番号	
被保険者氏名	㊞	個人番号	
生年月日		性別	
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(※)		（※）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	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	□	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				
	□	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の合計額が年額80万円以下です。				
	□	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の合計額が年額80万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）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	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

栄町長　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、栄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。

平成　　年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名　　印

＜配偶者＞

住所

氏名　　印

（　　）