

(別添3)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)
古座川町長

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。
なお、この申請の決定に際し、私(被保険者)及び私(被保険者)の家族の所得状況について町民税課税台帳により確認されることを承諾します。

また、負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも、併せて承諾します。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日	明・大・昭 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	平・令 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	明・大・昭 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	<input type="checkbox"/>	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	預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下		
	<input type="checkbox"/>	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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年80万円以下。（受給している年金に○をして下さい） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。		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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万以下。 （受給している年金に○をして下さい）		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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万超。 （受給している年金に○をして下さい）		500万円（夫婦は1,500万円）以下		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の合計は基準額以下です。 ※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

- 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所有している場合は、その全てを記入し、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。

裏面の同意書にも必要事項を記入・押印してください。

同意書

古座川町長 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、私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ）若しくは私の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者の課税状況並びに私及び私の配偶者の保有する預貯金、有価証券等の残高について、報告を求めらる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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)
古座川町長

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。
なお、この申請の決定に際し、私(被保険者)及び私(被保険者)の家族の所得状況について町民税課税台帳により確認されることを承諾します。

また、負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも、併せて承諾します。

フリガナ	コサガワ タロウ	被保険者番号	10桁の被保険者番号を記入してください
被保険者氏名	古座川 太郎	個人番号	12桁のマイナンバーを記入してください
生年月日	明・大・ 昭 ○○年○○月○○日	性別	男 ・ 女
住所	古座川町○○ △△番地	連絡先	0735-○○-○○○○
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	○○病院	連絡先	0735-○○-○○△△
入所(院)年月日	平・ 令 ○○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	コサガワ ハナコ		
	氏名	古座川 花子		
	生年月日	明・大・ 昭 ○○年○○月○○日	個人番号	12桁のマイナンバーを記入してください
	住所	古座川町○○ △△番地	連絡先	0735-○○-○○○○
	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	

該当する箇所にレ点を入れて下さい

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老齢福祉年金受給者	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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年80万円以下。（受給している年金に○をして下さい） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。	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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万以下。 （受給している年金に○をして下さい）	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、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万超。 （受給している年金に○をして下さい）	500万円（夫婦は 1,500万円）以下		
預貯金等に関する 申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の合計は基準額以下です。 ※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)

※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	古座川 小太郎	連絡先（自宅・勤務先）	0735-○○-××××
申請者住所	古座川町○○ ▼▼番地	本人との関係	長男

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所有している場合は、その全てを記入し、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。

裏面の同意書にも必要事項を記入・押印してください。

同意書

古座川町長 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、私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ）若しくは私の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又はこれらであった者の課税状況並びに私及び私の配偶者の保有する預貯金、有価証券等の残高について、報告を求めらる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 古座川町○○ △△番地

氏名 古座川 太郎

押印も忘れずお願いします

古座川

<配偶者>

住所 古座川町○○ △△番地

氏名 古座川 花子

古座川