

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

大玉村長 押山利一 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の申請をします。

フリガナ			被保険者番号										
被保険者氏名	印		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（※）	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・平	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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい） ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。												
	☐ 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80万円を超えます。（受給している年金に〇して下さい）												
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	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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 虚位の申請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。

1. 【介護保険（特定）負担限度額認定申請について】

申請いただく際には、預貯金に関して申告していただくことから、申請書に通帳のコピー等の添付書類が必要となるほか、金融機関への調査を目的として、ご本人様及び配偶者様の同意をいただくことになります。つきましては、下記の同意書欄を必ずご記入の上、裏面の申請書にご記入いただき、添付書類と併せてご提出いただきますようお願いいたします。

同 意 書

大玉村長 押山利一 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、貴村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

2. 【申請書と併せて提出が必要な書類】

☐ 預貯金等の資産状況を確認する書類。（配偶者の分も必要になります。）

☐ 配偶者の住所が大玉村にない場合は、配偶者の非課税証明書を添付してください。

☐ 非課税の年金を受給されている場合は、年中の金額がわかる書類。

■「預貯金等」に含まれるもの	■添付が必要な書類
預貯金	通帳の写し（全て）「配偶者を含む」
有価証券	証券会社や銀行口座の写し
負 債（預貯金と相殺。ただし営む事業に関する負債は除く）	借用証書（貸付金額、返済期日等が記載され、署名、捺印がある契約書等）

【担当】大玉村健康福祉課 高齢福祉係

大玉村玉井字星内70（役場庁舎内）

電話0243-24-8116直通