

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

神奈川県足柄上郡松田町長 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 被保険者氏名	被保険者番号											
	個人番号											
	生 年 月 日	年 月 日										
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		配偶者の有無が「無」の場合、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	〒	電話番号										
	本年1月1日 現在の住所と (現住所と 異なる場合)	〒	電話番号										
	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老齢福祉年金受給者									
	☐	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 80.9 万円以下です。(受給している年金に〇してください) ※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。									
	☐	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 80.9 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 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)、 ③の方は 650 万円(同 1,650 万円)、④の方は 550 万円(同 1,550 万円)、 ⑤の方は 500 万円(同 1,500 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 1,000 万円(夫婦は 2,000 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 ※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、以下の記載は不要です。

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保有している場合は、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。

**介護保険負担限度額認定申請
同意書**

松田町長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてまいります。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印