

介護保険負担限度額認定申請書

|                   |       |   |        |  |   |   |   |   |   |
|-------------------|-------|---|--------|--|---|---|---|---|---|
| フリガナ              |       |   | 保険者番号  |  | 1 | 6 | 3 | 2 | 9 |
| 被保険者氏名            |       |   | 被保険者番号 |  |   |   |   |   |   |
| 生年月日              | 生     |   | 性別     |  |   |   |   |   |   |
| 個人番号              |       |   |        |  |   |   |   |   |   |
| 住所                |       |   |        |  |   |   |   |   |   |
| 現在利用している事業所又は介護施設 | 名称    |   |        |  |   |   |   |   |   |
|                   | 所在地   | 〒 |        |  |   |   |   |   |   |
|                   | 入所年月日 |   |        |  |   |   |   |   |   |

○配偶者に関する事項

|                         |           |                              |          |
|-------------------------|-----------|------------------------------|----------|
| 配偶者の有無                  | 有 ・ 無     | 配偶者が「無」の場合は、以下の欄に記載は必要ありません。 |          |
| フリガナ                    |           | 生年月日                         |          |
| 配偶者氏名                   |           | 市町村民税課税状況                    | 課税 ・ 非課税 |
| 配偶者住所                   | (□申請者に同じ) |                              |          |
| 本年1月1日現在の住所が土幌町でない場合の住所 | 電話番号      |                              |          |

※配偶者とは世帯分離をしている配偶者及び、事実婚を含みます。

○収入等に関する申告

|           |                          |                                                                                                                  |
|-----------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 生活保護受給者又は市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者                                                                                  |
|           | <input type="checkbox"/> | 市町村税世帯非課税者であって、課税年金収入と合計所得金額の合計額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年間80万円以下です。<br>※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。        |
|           | <input type="checkbox"/> | 市町村税世帯非課税者であって、課税年金収入と合計所得金額の合計額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年間80万円超、120万円以下です。<br>※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。 |
|           | <input type="checkbox"/> | 市町村税世帯非課税者であって、課税年金収入と合計所得金額の合計額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年間120万円を超えます。<br>※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。      |

受給している全ての年金の保険者に○して下さい。  
  
日本年金機構  
地方公務員共済  
国家公務員共済  
私学共済

土 幌 町 長 様

上記のとおり、関係書類を添えて食費・居住費等に係る負担限度額認定を申請します。  
介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、課税台帳の閲覧、官公署、年金保険者、又は銀行、信託銀行、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（事実婚の者を含む。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。なお、虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費の支給を受けた場合は、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ます。

年 月 日  
住 所  
申請者  
氏 名  
電話番号

◎裏面（預貯金等に関する申告等）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

(表面からの続き)

○預貯金等に関する申告

| 種類          | 氏名（口座名義） | 金融機関及び支店名 | 預貯金額  |
|-------------|----------|-----------|-------|
| 預貯金         |          |           | 円     |
|             |          |           | 円     |
|             |          |           | 円     |
|             |          |           | 円     |
|             |          |           | 円     |
|             |          |           | 円     |
|             | 氏名       | 種類        | 評価概算額 |
| 有価証券        |          |           |       |
| 種類          | 氏名       | 種類        | 金額    |
| その他（負債・現金等） |          |           |       |
|             |          |           |       |
| 合計          |          |           |       |

(注意事項)

- (1) 預貯金については、同じ種類に預貯金を複数所有している場合は、その全てを記入してください。  
(2) 書ききれない場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入のうえ添付してください。  
(3) 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。

○必要書類

預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

- ・預貯金（普通・定期）・・・通帳の写し（銀行名・支店名・名義・最終残高（2ヶ月前まで）の分かる部分）
- ・有価証券（株式・国債など）・・・証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用書など

■町記入欄

| 交付年月日 | 申請書提出者     |
|-------|------------|
|       | 住所         |
| 適用年月日 |            |
|       | 氏名（本人との続柄） |
| 有効期限  |            |
|       | 連絡先        |