

介護保険負担限度額認定申請書

東吉野村長 様

令和 年 月 日

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	年	月	日	性別	男		・	女													
住所	〒 電話番号 ()																				
利用施設区分	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 短期入所利用																				
	施設の名称																			※左欄は短期入所利用の場合は記入不要です。	
	施設の所在地																				
	入所年月日			年	月	日															

配偶者に関する事項	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」については記入不要です。																
	フリガナ			個人番号																
	配偶者氏名			生年月日	年	月	日													
	住所	〒 電話番号 ()																		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒																		
	市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税																		

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世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。																		
	<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80万円以下です。（受給している年金に○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 かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下です。																		
	<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80万円を越え、120万円以下です。（受給している年金に○して下さい） かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦1,550万円）以下です。																		
	<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120万円を越えます。（受給している年金に○して下さい） かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦1,500万円）以下です。																		

資産に関する申告	現金及び預貯金	本人	①	円	配偶者	④	円
	有価証券(評価概算額)	本人	②	円	配偶者	⑤	円
	その他(負債等)	本人	③	円	配偶者	⑥	円

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		
	住所				本人との関係		

注意事項

※この申告書における「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。

※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。

同意書

東吉野村長 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。

令和 年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

【配偶者】

住 所

氏 名

資産に関する申告書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容		合計額
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額	① 円
		[支店]	円	
		[支店]	円	
現金			円	
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額	② 円
			円	
その他 (負債等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	③ 円
			円	

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容		合計額
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額	④ 円
		[支店]	円	
		[支店]	円	
現金			円	
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額	⑤ 円
			円	
その他 (負債等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	⑥ 円
			円	

注1) 通帳等の写しは、「銀行名・支店・口座番号・名義のわかるページ」と「直近2ヶ月間の取引が確認できる記帳ページ」のコピーを添付してください。

注2) 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。書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注4) 負債については、添付書類を確認し、預貯金等から差し引きます。

注5) 添付書類については、下記の表を確認してください。

注6) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

資産の内容	添付書類
預貯金(普通・定期)	通帳の写し(インターネットバンクの場合はウェブサイトの写しでも可)
有価証券(株式・国債・地方債・社債等)	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)	借用証書等の写し