介護保険負担限度額認定申請書

年　月　日

富士川町長 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（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 82.65 万円以下です。　（受給している年金に○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 82.65 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

(1)　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。
(2)　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。
(3)　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。
(4)　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

富士川町長　殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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構いません。

年　　月　　日

＜本人＞
住所
氏名

＜配偶者＞
住所
氏名