

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

明和町長

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   |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                 | 性 別    | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日        | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所            |                 |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 連絡先             |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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           |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                        |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------|-----------------|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無    |                        | 有 ・ 無           |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                   |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 氏 名                    |                 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                   | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 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  | <input type="checkbox"/> | 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                                                                         |   |             |  |   | 預貯金等の基準額      | 1,000 万円（夫婦は2,000 万円）以下 |
|            | <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。＊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。 |   |             |  |   |               | 650 万円（夫婦は1,650 万円）以下   |
|            | <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80万円を超え120万円以下です。                                  |   |             |  |   |               | 550 万円（夫婦は1,550 万円）以下   |
|            | <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120万円を超えます。                                        |   |             |  |   |               | 500 万円（夫婦は1,500 万円）以下   |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。<br>＊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（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、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

- （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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- （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

明和町長

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、明和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

※代筆者氏名

(続柄                      )

< 配偶者 >

住 所

氏 名

※代筆者氏名

(続柄                      )

※自署できない場合は、代理で記入していただき、代筆された方のお名前と続柄のご記入をお願いします。

### 【 申請書と併せて提出が必要な書類 】

- ☐ **配偶者の非課税証明書**    配偶者の課税情報が明和町にない場合。（明和町以外に住民票がある等）
- ☐ **預貯金等の資産状況を確認する書類**    (※下表参照)    配偶者がいる場合は、配偶者の分も必要。

※ 以下の資産がある場合、申請書にご記入いただき、必要書類を添付してご提出ください。

いずれも、名義人が確認できるページと直近（２ヶ月以内）の残高などが確認できるページが必要です。

| 「預貯金等」に含まれるもの                                                  | 添付が必要な書類                                             |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>預貯金</b> (普通・定期)                                             | 通帳の写し<br>(インターネットバンクの場合口座残高ページの写し)                   |
| <b>有価証券</b> (株式・国債・地方債・社債など)                                   | 証券会社や銀行の口座残高の写し<br>(ウェブサイトの写しも可)                     |
| <b>金・銀</b> (積み立て購入を含む) など購入先の<br>口座残高によって時価評価額が容易<br>に把握できる貴金属 | 購入先の銀行の口座残高の写し<br>(ウェブサイトの写しも可)                      |
| <b>投資信託</b>                                                    | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し<br>(ウェブサイトの写しも可)               |
| <b>タンス預金(現金)</b>                                               | 自己申告                                                 |
| <b>負債</b> <u>預貯金等の額と相殺。ただし、営む事業に関する負債は除く</u>                   | 借用証書(貸付額、返済期日等が記載され、署名、捺印がある金銭消費貸借契約書などの負債額を確認できる書面) |

※記入、添付書類等に不備がある場合は審査できません。