

# 青木村 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

青木村長 宛

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の申請をします。

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 名	青 木 村					
フリガナ		保険者番号	2	0	3	4	9	7
		被保険者番号						
		個人番号						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女					
住 所	〒 連絡先（電話）							
介護保険施設の所在地及び	〒 連絡先（電話）							
入所(院)年月日	年 月 日	介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。						

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」については記載不要です。						
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	個人番号					
	住 所	〒 連絡先（電話）						
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税		(○で囲んでください)					

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高齢福祉年金受給者					受給している全ての年金の保険者に○してください ・ 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、（受給している年金に○してください）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。					
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、（受給している年金に○してください）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80万円を超えます。					
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万（夫婦は2000万）以下です。 ※預貯金、有価証券に係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	

申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。

申請者氏名	連絡(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

添付書類 ○ 預貯金等の照会に関する同意書（裏面） ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

## ※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、又は内縁関係のものを含みます。
- (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、または別紙に記入の上、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。

※裏面、同意欄のご記入および捺印をお願いいたします。

# 同 意 書

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

年      月      日

<本人>

住 所

---

氏 名

(印)

---

<配偶者>

住 所

---

氏 名

(印)

---

## 青 木 村 処 理 欄

	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 非該当	端末確認	申請入力	認定入力
所属世帯課税状況等	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者の課税状況および資産の勘案により、非該当	適用年月日	有効期限	交付年月日

担 当	係 長	課長補佐	課 長

受 付