

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 五戸町長 様

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 | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 |
| 住 所 | 〒 _____ 電話番号 _____ | | |
| 介護保険施設等の種類 | <input type="checkbox"/> 1 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 2 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 3 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 4 介護医療院 <input type="checkbox"/> 5 その他 ※1～4は申請時に入所している場合に選択 | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 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 | 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 <input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 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○をしてください） ※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。 | | 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80万円超120万円以下です。（↑受給している年金に○をしてください） | | 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。（↑受給している年金に○をしてください） | | 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。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | 合計 _____ 円 | | |
| | | 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 | （ ）※ 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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

※裏面「同意書」も必ず記入してください。

同意書

五戸町長 様

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、または銀行、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

【五戸町記入欄】

| 交付年月日 | 適用年月日 | 有効期限 |
|-------|-------|-------|
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |

| 審査結果 (利用者負担段階) | 所得の状況 | 預貯金等基準額 (上段: 単身) (下段: 夫婦) |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 第1段階 | <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 | <input type="checkbox"/> 1,000万円以下 <input type="checkbox"/> 2,000万円以下 |
| <input type="checkbox"/> 第2段階 | <input type="checkbox"/> 本人及び世帯全員が市町村民 税非課税者 <input type="checkbox"/> 課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が 年額80万円以下 (円) | <input type="checkbox"/> 650万円以下 <input type="checkbox"/> 1,650万円以下 |
| <input type="checkbox"/> 第3段階① | <input type="checkbox"/> 世帯分離して <input type="checkbox"/> 課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が 年額80万円超120万円以下 (円) | <input type="checkbox"/> 550万円以下 <input type="checkbox"/> 1,550万円以下 |
| <input type="checkbox"/> 第3段階② | <input type="checkbox"/> いる配偶者を含む <input type="checkbox"/> 課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が 年額120万円超 (円) | <input type="checkbox"/> 500万円以下 <input type="checkbox"/> 1,500万円以下 |
| <input type="checkbox"/> 承認しない | <input type="checkbox"/> 課税世帯(家族・本人・配偶者) | <input type="checkbox"/> 基準額超過 |