

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高齢福祉年金受給者	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