

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)  
岩泉町長様

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																			
	性別		男・女																	
生年月日	明・大・昭 年 月 日																			
住所	〒																			
	連絡先																			
入所（院）した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		※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、記入不用です。																	

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、記入不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号																		
	氏名																			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日																		
	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、または町民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者で、 <b>預貯金が1,000万円（夫婦で2,000万円）以下</b> である。															第1段階		
	<input type="checkbox"/>	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、合計所得金額の合計が、 <b>年額80万円以下</b> であり、 <b>預貯金が650万円（夫婦で1,650万円）以下</b> である。															第2段階		
	<input type="checkbox"/>	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、合計所得金額の合計が、 <b>年額80万円超120万円以下</b> であり、 <b>預貯金が550万円（夫婦で1,550万円）以下</b> である。															第3段階 ①		
	<input type="checkbox"/>	町民税非課税世帯で、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、合計所得金額の合計が、 <b>年額120万円超</b> であり、 <b>預貯金が500万円（夫婦で1,500万円）以下</b> である。															第3段階 ②		
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券・株式等	円	現金・負債等	円													

申請者が被保険者の場合には、下記については、記載不要です。

申請者氏名	連絡先【自宅・携帯・勤務先】																
申請者住所 〒	本人との関係																

## 注意事項

- 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。
- 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。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ、添付してください。
- 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。
- 「遺族年金」には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

# 同意書

岩泉町長 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、岩泉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まいります。

令和 年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

印

< 配偶者 >

住所

氏名

印