令和　　年度介護保険負担限度額認定申請書

受付印

美咲町長　あて

申請日　令和　　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（マイナンバー）	
		性　別	男　・　女
		生年月日	大・昭　　年　　月　　日
住　　所	〒　　電話番号　　（　　）		
入所(入院)した介護保険施設の名称及び所在地（※）		入所(院)年月日	昭・平・令　　年　　月　　日 （※）ショートステイ利用の場合は記入不要
	〒　　電話番号　　（　　）		

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」の記載が不要です。	
配偶者に関する事項 フリガナ		個人番号	
配偶者氏名		生年月日	大・昭　　年　　月　　日
		市町村民税	課税　・　非課税
被保険者と別居している場合の住所（本年1月1日現在）			

収入等に関する申告

- □ ①生活保護受給者　/　②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
- □ ③市町村民税世帯非課税者であって、
  課税年金収入額と【 遺族年金（※）・障害年金 】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82．65万円以下です。
  （受給している非課税年金に〇して下さい。以下同じ）
  （※）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。
- □ ④市町村民税世帯非課税者であって、
  課税年金収入額と【 遺族年金（※）・障害年金 】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。
- □ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、
  課税年金収入額と【 遺族年金（※）・障害年金 】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。

預貯金等に関する申告

□ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。
※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。

預貯金額	本人	円	配偶者	円
有価証券（評価概算額）	本人	円	配偶者	円
その他（現金・負債含む）	本人	内容（　　） 円	配偶者	内容（　　） 円
			総合計	円

【申請代理・代行者記入欄】（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。）

氏名		電話番号	
住所	〒	本人との続柄	

〈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も含みます。
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。

裏面も必ずご記入ください　⟹

同　　意　　書

美咲町長　あて

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、美咲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

〈本人署名〉

氏　　名	
住　　所	
電話番号	（　　）

〈代筆者署名〉 本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、本人の同意を得て代筆してください。

代筆者氏名			
住　　所			
電 話 番 号	（　　）	本人との続柄	

〈配偶者署名〉

氏　　名	
住　　所	
電話番号	（　　）

〈代筆者署名〉 配偶者本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、配偶者本人の同意を得て代筆してください。

代筆者氏名			
住　　所			
電 話 番 号	（　　）	配偶者本人との続柄	