

介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・療養・短期)

奥多摩町長

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	明・大・昭	年	月	日	性別					男・女				
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（※）	昭・平・令	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	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														
	本年1月1日現在の住所（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"/>	①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"/>	②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 80 万円以下です。（受給している年金に○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。										受給している全ての年金の保険者に○して下さい 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"/>	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 80 万円を超え、120 万円以下です。												
	<input type="checkbox"/>	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 120 万円を超えます。												
収入等に関する申告														
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が①の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）、②の方は 650 万円（同 1650 万円）、③の方は 550 万円（同 1550 万円）、④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、①～④の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。												
	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
※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・携帯・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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、支給された額を返還いただくほか、最大 2 倍の加算金を納付いただくことがあります。

同意書

奥多摩町長 殿

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、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。

年 月 日

<本人>
住 所

氏 名

代筆

<配偶者>

住 所

氏 名

※ 成年後見人のある場合は、後見人の住所、氏名となります。

※ 本人が記入できない場合は代筆でも可としますが、その場合は代筆であること、代筆者の氏名、本人との関係を余白に記載してください。

記入例

介護保険負担限度額認定申 (特養・老健・療養・短期)

押印は不要です

奥多摩町長

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	オクタマ タロウ		被保険者番号	0000012345									
被保険者氏名	奥多摩 太郎		個人番号	987654321000									
生年月日	明・大・昭 12年 3月 4日		性別	男・女									
住所	〒198-0123 奥多摩町〇〇1234番地5		連絡先	83-1111									
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒198-0987 奥多摩町〇〇987番地 特別養護老人ホーム ◇◇◇		連絡先	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇									
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 元年 12月 3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。										

介護保険施設にすでに入所している場合はご記入ください。

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	オクタマ ハナコ												
	氏名	奥多摩 花子		記入不要です。										
	生年月日	明・大・昭 3年 4月 5日		個人番号										
	住所	〒198-0123 奥多摩町〇〇1234番地5		連絡先	83-1111									
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)													
課税状況	市町村民税		課税	非課税										

配偶者「有」の場合は、必ずご記入ください。

わからない場合は記入不要です。	<input type="checkbox"/>	①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 checked="" type="checkbox"/>	②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 80 万円以下です。(受給している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。									
	<input type="checkbox"/>	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 80 万円を超え、120 万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	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 120 万円を超えます。									
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、②の方は 650 万円(同 1650 万円)、③の方は 550 万円(同 1550 万円)、④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、①～④の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。									
	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)	(現金)※ ●●●●円 ※内容を記入してください			

受給している全ての年金の保険者に〇して下さい
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

わからない場合は記入不要です。

必ずご記入のうえ、通帳などのコピーを添付してください。

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。	奥多摩 一郎	連絡先	(自宅・携帯・勤務先) 83-2777		
	奥多摩町〇〇555番地5	本人との関係	長男		

記入した方のお名前、連絡先などをご記入ください。

- 預貯金等については、同じ種類の預貯金を複数記入してください。
- 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。
- 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、支給された額を返還いただくほか、最大 2 倍の加算金を納付いただくことがあります。

押印は不要です

同意書

奥多摩町長 殿

ご本人および配偶者の所得および預貯金等について、町が必要と判断した場合、町が官公署や金融機関等に照会をすることへの同意です。

この同意をいただけない場合、申請を受け付けることができません。

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、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。

この同意書を記入した日です。

年 月 日

<本人>

住所 奥多摩町〇〇1234番地5

氏名 奥多摩 太郎

必ず記入をお願いします。

代筆 奥多摩 一郎 (長男)

<配偶者>

住所 奥多摩町〇〇1234番地5

氏名 奥多摩 花子

代筆の場合はご記入ください。

配偶者がいる場合は、必ず記入をお願いします。

※ 成年後見人のある場合は、後見人の住所、氏名となります。

※ 本人が記入できない場合は代筆でも可としますが、その場合は代筆であること、代筆者の氏名、本人との関係を余白に記載してください。

通帳等のコピーの提出について

本人または配偶者が、下の表の「資産の種類」の欄にあてはまる資産をお持ちであれば、以下の書類をあてはまるものすべて提出してください。

資産の種類	提出する書類
預貯金（普通・定期）	<p><u>通帳のコピー</u></p> <ul style="list-style-type: none">※ 本人と配偶者（夫または妻）の名義のもの両方を提出※ 複数の通帳をもっている場合は、そのすべてを提出 <p>【コピーするページ】</p> <ul style="list-style-type: none">① 金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人氏名のわかるページ （表紙を1枚開いたページ）② 最新の残高、および申請日から<u>2か月前</u>くらいまでの残高の動きがわかるページ
有価証券（株式・国債・地方債・社債など）	証券会社や銀行の口座残高の写し
金銀などの貴金属	購入先の銀行などの口座残高の写し
投資信託	銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し
現金	自己申告（申請書に金額を記入）
負債（借入金・住宅ローンなど） ※預貯金等の額から差し引きます。	借用書など現在の負債残高が確認できる書類の写し

※生命保険、自動車、時計、宝石、絵画、骨董品、家財は対象になりません。

※インターネットバンク等の場合、通帳のかわりにウェブページの写しでも可です。