

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

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																
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	☐	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																
	☐	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 80.9 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	
	☐	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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。																
	☐	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	☐	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。