

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)
大磯町長 殿

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。

被 保 険 者 氏 名		保険者名 大磯町	保 険 者 番 号 1 4 3 4 1 2							
フリガナ		被保険者番号								
		個人番号								
生年月日		大 ・ 昭 年 月 日		性 別		男 ・ 女				
住 所		〒 連絡先（電話）								
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）		〒 連絡先（電話）								
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		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	大 ・ 昭 年 月 日		個人番号					
	住 所	〒 連絡先（電話）							
	本年1月1日現在の住所	(現住所と異なる場合のみ記入)							
課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税		(○で囲んでください)					

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（受給している年金に○をしてください。以下同じ。）】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額82.65万円以下</u> です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。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 <u>年額82.65万円を超え120万円以下</u> 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 <u>120万円超えます。</u>						
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1,000万円（夫婦は2,000万円） ③の方は650万円（同1,650万円） ④の方は550万円（同1,550万円） ⑤の方は500万円（同1,500万円） ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）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・勤務先)	
申請者住所		本人との関係	
添付書類	○ 預貯金等の照会に関する同意書 ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し		

※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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 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、同意欄のご記入をお願いいたします。

同意書

大磯町長 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

町記入欄

利用者負担段階	☐ 第1段階	☐ 第2段階	☐ 第3段階	☐ 非該当	交付年月日	年 月 日
					適用年月日	年 月 日
所属世帯課税状況等	☐ 非課税世帯	☐ 課税世帯	☐	配偶者の課税状況および資産の勘案により、非該当	有効期限	年 月 日

課長	副課長	係長	係員	担当

受付印