

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

佐那河内村長 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                                 |       |  | 被保険者番号                                                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名                               |       |  | 個人番号                                                  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日                              | 年 月 日 |  | 性 別                                                   | 男 ・ 女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                  | 連絡先   |  |                                                       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>（※） | 連絡先   |  |                                                       |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所（院）年月日<br>（※）                      | 年 月 日 |  | (※)介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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<br>ては、記載不要です。 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配<br>偶<br>者<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項 | フリガナ                                   |       |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 氏 名                                    |       |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 生 年 月 日                                | 年 月 日 |                                               | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 住 所                                    | 連絡先   |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                       | 本年1月1日<br>現在の住所<br>（現住所と<br>異なる場<br>合） |       |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課 税 状 況                               | 市町村民税 課税 ・ 非課税                         |       |                                               |      |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |                          |                                                                                                                                       |                 |   |                       |                                 |                           |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-----------------------|---------------------------------|---------------------------|
| 収 入 等 に 関<br>する 申 告   | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                        |                 |   |                       | 預<br>貯<br>金<br>の<br>基<br>準<br>額 | 1,000万円(夫婦は<br>2,000万円)以下 |
|                       | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が<br>年額80万円以下です。<br>(受給している年金に○して下さい)<br>※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。 |                 |   |                       |                                 | 650万円(夫婦は<br>1,650万円)以下   |
|                       | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が<br>年額80万円を超え120万円以下です。<br>(受給している年金に○して下さい)                                    |                 |   |                       |                                 | 550万円(夫婦は<br>1,550万円)以下   |
|                       | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、<br>課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が<br>年額120万円を超えます。<br>(受給している年金に○して下さい)                                          |                 |   |                       |                                 | 500万円(夫婦は<br>1,500万円)以下   |
| 非課税年金がある場合            |                          | 受給している年金の保険者すべてに○をしてください。                                                                                                             |                 |   |                       | 日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済     |                           |
| 預 貯 金 等 に<br>関 する 申 告 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり                                                                                |                 |   |                       |                                 |                           |
|                       | 預貯金額                     | 円                                                                                                                                     | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債<br>を含む) | ( )※<br>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      |

送付先（希望される送付先に○して下さい。）

|                     |
|---------------------|
| 自宅 ・ 施設 ・ 申請者（本人以外） |
|---------------------|

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を含みます。
- (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。

|     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 保険者 | 備 考 | 受 付 | 入 力 | 確 認 |
| 記入欄 |     |     |     |     |

記入例

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

佐那河内村長 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                                              |     |   | 被保険者番号 |                                                   |  |
| 介護保険施設に入所(院)している場合に記入してください。ショートステイの利用の場合は記入不要です。 | 年   | 月 | 日      | 認印は不要です                                           |  |
| 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。 |      |  |
| フリガナ                              |                |   |                                           |      |  |
| 氏                                 |                |   |                                           |      |  |
| 生年                                | 年              | 月 | 日                                         | 個人番号 |  |
| 住                                 | 連絡先            |   |                                           |      |  |
| 本年1月現在の住所(現住所と異なる場合)              |                |   |                                           |      |  |
| 収入等の状況にあてはまるものにチェックや「○」を記入してください。 | 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/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者                                                                                            | 預貯金の基準額 | 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 |
|            | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい)<br>※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。 |         | 650万円(夫婦は1,650万円)以下   |
|            | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○して下さい)                                    |         | 550万円(夫婦は1,550万円)以下   |
|            | <input type="checkbox"/> | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)                                               |         | 500万円(夫婦は1,500万円)以下   |
| 非課税年金がある場合 | 受給している年金の保険者すべてに○をしてください |                                                                                                                           |         | 国家公務員共済・私学共済          |
| 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は基準額以下<br>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり                                                                       |         |                       |
| 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                   | 本人との関係      |
| 送付先を選んで○をご記入ください。     |             |
| 送付先(希望される送付先に○して下さい。) |             |
| 自宅                    | 施設          |
| 申請者(本人以外)             |             |

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。(申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。)

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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、別紙に記入してください。
- 虚偽の申告は、罰則の規定に基づき処罰の対象となります。

本人及び配偶者の預貯金通帳等の写し(以下の①・②)の添付が必要です。(生活保護受給者、境界層該当者については必要ありません。)

①銀行名・支店・口座番号・名義の分かる部分の写し

②最終の残高(申請日の直近2か月以内)が分かる部分の写し

※預貯金等の確認のため、佐那河内村が銀行等に調査を行うことがあります。

2条第1項

|     |    |    |
|-----|----|----|
| 保険者 | 入力 | 確認 |
| 記入欄 |    |    |