

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先）

田村市長

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。

年度

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	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"/> 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"/> 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○してください） ※ 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。											受給しているすべての年金の保険者に○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		
預貯金等に関する申告	<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80万円を超えます。（受給している年金に○してください）													
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※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）
申請者住所 〒	本人との関係

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。

同意書

(宛先) 田村市長

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、田村市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。

平成 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

介護保険負担限度額認定申請書

平成 ○年 ○月 ○日

(申請先)

田村市長

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。

○ 年度

介護保険施設に入所(院)している場合は記載ください。ショートステイ利用の場合は記入不要です。	タムラ タロウ	被保険者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	田村 太郎	個人番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
	昭 ○年 ○月 ○日	性別	男 ・ 女
住所	〒 田村市船引町船引字畑添76番地2		連絡先 82-1115
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 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「有」の場合に記入してください。 ※同じ世帯の場合も記入してください。	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。	
	タムラ ハナコ	田村 花子	
	○年 ○月 ○日	個人番号	
住所	〒 963-4943 田村市船引町船引字畑添76番地2		連絡先 82-1115
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

該当する部分にチェックをお願いします。	<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	受給しているすべての年金の保険者に○してください
	<input checked="" 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○してください) ※ 寡婦年金、...	
預貯金等に関する申告	<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...	本人名義(配偶者も含め)の通帳・有価証券のコピーを添付してください。コピーは金融機関・支店名・口座番号がわかる面と最終残高の面となります。合計金額の記入をお願いいたします。
	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等 ※預貯金、有価証券にかかる...	
	預貯金額	1,000,000円	有価証券(評価概算額) 円
			その他(現金・負債を含む) 円 ※内容を記入して下さい

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	田村 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	82-1115
申請者住所	〒 963-4943 田村市船引町船引字畑添76番地2	本人との関係	子

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等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
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サの規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していたた...

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、お問合せする場合があります。)

同意書

(宛先) 田村市長

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、**同意書の欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入してください。（申請代行者の代筆でもかまいません）** することについて伝えて構いません。

平成 ○年 ○月 ○日

〈本人〉

住所 田村市船引町船引字畑添76番地2

氏名 田村 太郎

〈配偶者〉

住所 田村市船引町船引字畑添76番地2

氏名 田村 花子

スタンプ印は使わず朱肉を使った印鑑で押印ください。
※銀行の届出印でなくてかまいません。表面も同様です。

田村

田村