

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

猪苗代町長

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。

			申請区分		新規・更新							
フリガナ		被保険者番号										
被保険者氏名	印	個人番号										
生年月日	年 月 日						性別		男・女			
住所	〒 電話番号											
入所した介護保険施設の所在地及び名称	所在地											
	名称											
	入所年月日	年 月 日					介護保険施設に入所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	配偶者が「無」の場合は、「配偶者に関する事項」の記載は、不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ				生年月日	年 月 日							
	氏名				個人番号								
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同世帯 電話番号											
	本年1月1日現在の住所	現住所と異なる場合に記入してください。											
	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です。											
	市町村民税世帯非課税で、課税年金収入額と非課税年金収入額【遺族年金・障害年金】（受給している年金に○をしてください）と合計所得金額の合計が											
	<input type="checkbox"/>	年額80万円以下かつ預貯金等の合計額が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。※第2号被保険者の場合、預貯金等の合計額は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下となります。以下同じ。									受給している全ての年金の保険者に○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	
	<input type="checkbox"/>	年額80万円超120万円以下かつ、預貯金等の合計額が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。										
<input type="checkbox"/>	年額120万円超かつ、預貯金等の合計額が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。											
預貯金等に関する申告 (本人と配偶者の合計金額を記入してください)※生活保護受給者の方は記載不要です。		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。)	(内容)									

窓口に来られた方 (申請者)	氏名				ご本人との関係		
	住所	電話番号					

町記入欄

交付年月日	課税年金収入額 円	<input type="checkbox"/> 該当第段階 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> ①本人が市町村民税課税であるため。 <input type="checkbox"/> ②市町村民税世帯課税であるため。 (人世帯) <input type="checkbox"/> ③同一世帯でない配偶者が市町村民税課税であるため。 <input type="checkbox"/> ④厚生労働省令で定める額以上の資産があるため。
年 月 日交付			
適用年月日	非課税年金収入額 円		
年 月 日から	合計所得金額 円		
有効期限			
年 月 日まで			

## 市町村民税課税状況等の照会に関する同意書

猪苗代町長

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、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（内縁関係を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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  
(被保険者) 住所  
氏 名

印

配偶者 住所  
氏 名

印

### 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 遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。
- 3 預貯金等については、複数所有している場合は、そのすべての合計金額を記入してください。  
なお、書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、添付してください。
- 4 被保険者ご本人以外の方が担当窓口申請書を提出された場合には、窓口に来られた方が記入欄に記入してください。
- 5 配偶者の住所が猪苗代町以外の場合は、税証明書を添付してください。
- 6 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。