

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				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 8 0 万円以下かつ預貯金等の合計額が 6 5 0 万円（夫婦は 1, 6 5 0 万円）以下です。						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 8 0 万円超 1 2 0 万円以下かつ、預貯金等の合計額が 5 5 0 万円（夫婦は 1, 5 5 0 万円）以下です。											
<input type="checkbox"/>		年額 1 2 0 万円超かつ、預貯金等の合計額が 5 0 0 万円（夫婦は 1, 5 0 0 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）						円					
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  非課税年金収入額  円  合計所得金額  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				
年 月 日から				
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

配偶者 住所  
氏 名

### 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。