

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

中川村長様

申請年月日をご記入ください。

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。

本人に関する記入欄

フリガナ 被保険者氏名	ナカガワ タロウ 中川 太郎	被保険者番号	0070000000
		個人番号	000000000000
生年月日	昭和16年 1月 1日	性別	男 女
住 所	〒399 - 3801 中川村大草4045番地 1	連絡先	0265 - 88 - x x x x
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（※）			

・同一世帯でない配偶者  
・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)も「有」になります。

配偶者に関する事項

配偶者の有無	有	無	ては、記載不要です。
フリガナ 氏 名	ナカガワ ハナコ 中川 花子		
生年月日	昭和17年1月1日	個人番号	000000000000
住 所	〒399 - 3801 中川村大草4045番地 1	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

1月1日現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。

配偶者の課税状況についてどちらかにをつけてください。

本人の収入等に関してご記入ください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。） ※ 遺族年金、介護年金、母子年金、障害年金、遺児年金を含みます。以下同じ。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	④市町村民税課税者であって、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年額80万円を超え、120万円以下です。
	<input checked="" type="checkbox"/>	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年額120万円を超えます。
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳未満）の預貯金等に関する申告は、本人と配偶者の預貯金等の合計をご記入ください。
預貯金額	5,000,000 円	有価証券（評価概算額） 円
その他（現金・負債を含む）		円

通帳等の写しを添付してください。配偶者「有」の方は、配偶者名義の通帳等の写しも添付してください。

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	本人以外の方が申請する場合ご記入ください。 居宅介護支援事業所等の事業所が申請する場合は、申請者氏名欄に事業所名と担当ケアマネージャー氏名等、申請者住所欄に事業所等の住所をご記入ください。	本人との関係

注意事項

- この申請書に添付書類を添付してください。
- 預貯金等に関する申告は、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。
- 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。

※裏面,同意書を必ず記載してください⇒

# 同意書

中川村長 様

介護保険負担限度額認定の為に必要がある時は、私及び世帯員に係る収入の情報、住民登録情報及びその他市町村が保有する情報について、貴村担当者が閲覧すること、並びに他の官公署、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という）に私および配偶者（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なら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、貴村長の報告要求に対し、銀行等が報告する事について、私およ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。

なお、当該申請に対する決定事項を、私の介護サービスを提供する事業者に対して、貴村が提供する事も併せて同意します。

令和 3 年 4 月 1 日 ← 申請年月日をご記入ください。

(本人)

住所 中川村大草4045番地 1

氏名 中川 太郎

(配偶者)

住所 中川村大草4045番地 1

← 配偶者「有」の方は配偶者の同意も必要です。配偶者欄もご記入ください。

氏名 中川 花子

《 村処理欄 》

被保険者	課税 ・ 非課税	1. 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				利用者負担段階
配偶者	課税 ・ 非課税	2. 市町村民税非課税世帯 課税年金収入額+前年所得金額と遺族・				
資産等の合計金額		所得金額と遺族・				
	村処理欄は記入しないでください。					
認定の可否	認定 ・ 認定外	～	6. 上記に該当しない(減額なし)			第 段階
交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日 から	有効期限	年 月 日まで	