

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

伊根町長 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	イネ タロウ	保険者番号					2	6	4	6	3	0		
被保険者氏名	伊根 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	介護保険証の番号							
		個人番号	マイナンバー											
生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日	性別	男											
住所	〒626-×××× 京都府与謝郡伊根町字○○△△番地											連絡先	自宅もしくは携帯電話の番号	
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 介護保険施設に入所している、入所が決まっている場合は記入してください												連絡先	
入所（院）年月日	令和 ○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	イネ ハナコ												
	氏名	伊根 花子											世帯分離をしている配偶者、内縁関係の者を含みます	
	生年月日	昭和 □年 □月 □日	個人番号											
	住所	被保険者（伊根太郎）と同じ住所の場合は「同上」、異なる場合は住所を記入											連絡先	自宅もしくは携帯電話の番号
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	1月以降引っ越しをされた場合は1月1日時点での住所を記入											住民税の課税有無を確認し、選択してください	
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"/>	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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円以下です。 （受給している年金に〇して下さい） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。												
預貯金等に関する申告	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（1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。													
	預貯金額	12,345,678 円	有価証券 （評価概算額）	1,234,567 円	その他 （現金・負債を含む）	（現金）※ 123,456 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	伊根 一郎	被保険者以外の方の場合は記入ください	連絡先（自宅・勤務先） 090-××××-××××
申請者住所	伊根町字○○☆☆番地		本人との関係 長男

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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、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。

同意書

伊根町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要がある時は、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、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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 ○年 ○月 ○日

<本人>

住所 京都府与謝郡伊根町字○○△△番地

氏名 伊根 太郎 印

<配偶者>

住所 京都府与謝郡伊根町字○○△△番地

氏名 伊根 花子 印