

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年〇月〇日

(申請先)

大里広域市町村圏組合管理者 宛

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 被保険者氏名	オオサト タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
	大里 太郎	個人番号												
		生年月日	〇年〇月〇日											
住所	熊谷市曙町〇丁目〇〇番地											電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〇〇市〇〇町〇〇番地 特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇											電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
入所（院）年月日 （※）	〇年〇月〇日											（※）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											配偶者の有無が「無」の場合、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	オオサト ハナコ																					
	氏名	大里 花子																					
	生年月日	〇年〇月〇日											個人番号										
	住所	熊谷市曙町〇丁目〇〇番地											電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇									
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地											※現在の住所と本年1月1日時点の住 所が違う場合はご記入ください。			電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
課税状況	市町村民税 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】の収入額、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。											
	<input checked="" type="checkbox"/>	④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82.65万円を超え、120万円以下です。											
	<input 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 ※通帳等の写し は別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。											
	預貯金額	〇〇〇〇〇〇円			有価証券 （評価概算額）	〇〇〇〇〇〇円			その他 （現金・負債を 含む）	（ 〇〇〇〇〇〇 ）※ 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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	大里 広域	連絡先（自宅・勤務先）	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	熊谷市曙町〇丁目〇〇番地	本人との関係	子

注意事項

- (1) この申請書における「配」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) 申請書を記入・提出する方が本人ではない場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 (3) は、申請者の氏名、住所、電話番号、本人との関係は、申請者の氏名、住所、電話番号、本人との関係を記入してください。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、あります。

↓ 同意書は申請書の裏面にあります ↓

同意書

大里広域市町村圏組合 管理者 宛

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、大里広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、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。

同意した年月日を記入してください

〇〇年〇〇月〇〇日

<本人>

住所 **熊谷市曙町〇丁目〇〇番地**

氏名 **大里 太郎**

印（自署する場合は、押印不要）

大里

<配偶者>

住所 **熊谷市曙町〇丁目〇〇番地**

氏名 **大里 花子**

印（自署する場合は、押印不要）

大里

被保険者本人及び配偶者の住所、氏名を記入し、押印を必要とする場合は朱肉を使用する印鑑で押印してください。（ゴム印等不可）