

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・短期)

年 月 日

清水町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	印	被保険者番号																	
		個人番号																	
性別	男 ・ 女		生年月日		年		月		日生										
住 所	〒		—		連絡先														
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒		—		連絡先														
入所する居室の種別	1. ユニット型個室 2. ユニット型個室的多床室 3. 従来型個室 4. 多床室																		
入 所（院） 年月日（※）	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。												

配偶者に関する事項	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。																
	フリガナ 氏 名			生年月日		年		月		日生										
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税		個人番号																
	住 所	〒		—		連絡先														
	本年1月1日現在の住所 （現在異なる場合）	〒		—		連絡先														

収入・ 預貯金等に関する申告	☐	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																	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額から課税年金収入に係る所得額を控除した額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額 80.9 万円以下です。 (受給している年金に○をつけてください)												預貯金、有価証券等の金額の合計が下記以下です。 単身 650 万円、夫婦 1,650 万円※2					
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額から課税年金収入に係る所得額を控除した額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。(受給している年金に○をつけてください)												預貯金、有価証券等の金額の合計が下記以下です。 単身 550 万円、夫婦 1,550 万円※2					
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額から課税年金収入に係る所得額を控除した額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額 120 万円を超えます。 (受給している年金に○をつけてください)												預貯金、有価証券等の金額の合計が下記以下です。 単身 500 万円、夫婦 1,500 万円※2					
	受給している全ての年金の保険者に○をつけてください		日本年金機構		地方公務員共済		国家公務員共済		私学共済										
	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)	() ※ 円 ※内容を記入してください											

※1 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。
※2 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり

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	(本人との関係)		連絡先	(自宅・勤務先)	
申請者 住所	〒 —				

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) この申請書における「合計所得金額」については、合計所得金額に給与所得が含まれている場合は、当該給与所得については所得税法第 28 条第 2 項の規定によって計算した金額（租税特別措置法第 41 条の 3 の 3 第 2 項の規定による所得金額調整控除が行われている場合には、その控除前の金額）から 10 万円を控除して得た額によるものとし、長期譲渡所得又は短期譲渡所得に係る特別控除の適用がある場合は、当該特別控除額を控除した額とします。
- (3) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 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。
- (5) 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

清水町長 様

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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印