

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

二戸地区広域行政事務組合管理者 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		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒								
	電話番号								
介護保険施設所在地及び名称 ※	〒								※ 介護保険施設に入所（院）していない場合は、記入不要
	電話番号								
入所（入院）年月日 ※	年 月 日								

配偶者に関する事項	配偶者の有無	有 ・ 無	「無」の場合は、配偶者に関する事項は記入不要							
	フリガナ		生年月日	年 月 日						
	氏名									
	個人番号									
	住 所	〒								
	電話番号									
本年1月1日の住所※								※ 上記の住所と異なるときに記入		
課税状況	市（区）町村民税 課税 ・ 非課税									

⑩ 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及び内縁関係の方も含まれます。

被保険者以外の方が申請する場合に記入

申請者氏名		被保険者との関係	
住 所	〒		
	電話番号		

(裏面も記入してください。)

(市町村記入欄)

交付年月日	(所得等の状況)
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 市（区）町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市（区）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と非課税年金収入額の合計年額が <input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 120万円超
有効期間	<input type="checkbox"/> 市（区）町村民税課税世帯又は別世帯の配偶者が課税の者、一定額以上の預貯金等がある者 <input type="checkbox"/> その他 ( )
令和 年 月 日から	上記のとおり相違ないことを証明する。
令和 年 月 日まで	
	市町村長 <span style="float: right;">印</span>

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者	被保険者の非課税年金受給状況 <input type="checkbox"/> 遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。） <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給していない受給している年金保険者 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済	
	<input type="checkbox"/> 市（区）町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		
	<input type="checkbox"/> 市（区）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と非課税年金収入額の合計年額が <u>80万円以下</u>		
	<input type="checkbox"/> 市（区）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と非課税年金収入額の合計年額が <u>80万円超120万円以下</u>		
	<input type="checkbox"/> 市（区）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と非課税年金収入額の合計年額が <u>120万円超</u>		
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、	預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり	
	<input type="checkbox"/> 1,000万円以下（夫婦は2,000万円以下）		
	<input type="checkbox"/> 650万円以下（夫婦は1,650万円以下）		
	<input type="checkbox"/> 550万円以下（夫婦は1,550万円以下）		
	<input type="checkbox"/> 500万円以下（夫婦は1,500万円以下）		
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

- ⑨ 1 預貯金等を複数所有している場合は、所有する全ての預貯金等を記入し、そ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、別紙に記入し提出してください。
- 2 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。

（同意書も記入してください。）

### 同 意 書

二戸地区広域行政事務組合管理者 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、信託会社その他の機関（以下「官公署等」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、照会することに同意します。

また、二戸地区広域行政事務組合管理者の報告要求に対し、官公署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官公署等に伝えてまいります。

令和 年 月 日

被保険者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

配偶者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_