

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和 3 年 7 月 1 日

更別村長 様

新規か更新に○をつけてください

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。

		申請区分	新規 ・ 更新											
フリガナ	サラベツ タロウ	被保険者番号	1 1 1 1 1 1											
被保険者氏名	更別 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	大正 昭和 16 年 1 月 1 日	性別	男 ・ 女											
住所	〒089-1522 更別村字更別南3線95番地6		電話番号 0155-53-3300											
入所した介護保険施設の所在地及び名称	所在地	更別村字更別南3線95番地6												
	名称	コムニの里さらべつ												
	入所年月日	平成 令和 2 年 7 月 1 日	介護保険施設に入所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	配偶者が「無」の場合は、「配偶者に関する事項」の記載は、不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	サラベツ ハナコ	生年月日	大正 昭和
	氏名	更別 花子		
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同世帯 更別村字更別南1線93番地	<ul style="list-style-type: none"> ・配偶者が同世帯の場合はチェックしてください ・配偶者には婚姻届を提出していない事実婚なども含まれますが、「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律」に規定する暴力を受けている場合や行方不明の場合は除きます 	
	本年1月1日現在の住所	現住所と異なる場合に記入してください。		
	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	生活保護受給世帯／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。
	<input checked="" type="checkbox"/> ②	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遣仕年金×・障害年金】収入額の合計額が年々100万円を超えないと見込まれる世帯です。（受給している年金に○してください）
	<input type="checkbox"/> ③-1	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遣仕年金×・障害年金】収入額の合計額が年々100万円を超えないと見込まれる世帯です。（受給している年金に○してください）
預貯金等に関する申告 (本人と配偶者の合計金額を記入してください) ※生活保護受給者の方は記載不要です。	<input checked="" type="checkbox"/> ③-2	市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遣仕年金×・障害年金】収入額の合計額が年々100万円を超えないと見込まれる世帯です。（受給している年金に○してください）
	預貯金額	3,000,000円
	有価証券 (評価概算額)	
その他 (現金・負債を含む。)		タンス預金 500,000円 銀行借入残高 1,000,000円

(※) 預金等の基準額は各段階で以下のとおり

① 単身 1,000 万円、夫婦合計 2,000 万円以下 ② 単身 650 万円、夫婦合計 1,650 万円以下

③-1 単身 550 万円、夫婦合計 1,550 万円以下 ③-2 単身 500 万円、夫婦合計 1,500 万円以下

被保険者ご本人以外の方が申請書を提出された場合には、下欄に記入してください。

窓口に来られた方	氏名	更別 桃子	ご本人との関係	長女
	住所	更別村字更別999番地1		

○ 添付書類 (例)

預貯金…金融機関名・支店・口座番号・名義の分かる部分と申請日の直近2か月前までの残高が確認できる部分の写し 有価証券…証券会社や銀行の口座残高等の写し

負債…借用書(現在の残高が確認できるもの)等の写し

※裏面も必ず記入してください。

市町村民税課税状況等の照会に関する同意書

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、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（内縁関係を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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。

令和 3 年 7 月 1 日

すべての方が記名してください
配偶者がいる場合は、配偶者も記名が必要になります

本 人 住 所 更別村若葉町
（被保険者） 氏 名 更 別 太 郎

配 偶 者 住 所 更別村柏町
氏 名 更 別 花 子

被保険者住所以外へ決定通知書の送付を希望する場合には、記入してください。

送付先変更申出書

この申請にかかる介護保険負 更別村長 様 被保険者住所以外への送付を希望される場合のみご記入ください よう申し出ます。

被保険者氏名 更 別 太 郎

送 付 先	住 所	〒089-1595 更別村字更別南1線93番地	電話番号 52-2111
	氏 名	更 別 花 子 (被保険者との続柄 妻)	

注意事項

- 1 「配偶者」には、世帯分離をしている配偶者もしくは婚姻の届出をしていないが、事実上の婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。
- 2 配偶者の住所が更別村以外の場合は、市町村民税の税証明を添付してください。
- 3 遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む）・障害年金を受給している場合は、必ず収入等に関する申告の欄に記入してください。
- 4 預貯金等については、複数所有している場合は、そのすべての合計金額を記入してください。なお、書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、添付してください。
- 5 被保険者ご本人以外の方が担当窓口申請書を提出された場合には、「窓口に来られた方」記入欄に記入してください。
- 6 被保険者住所以外へ介護保険負担限度額認定決定通知書の送付を希望する場合は、「送付先変更申出書」にご記入の上、押印してください。
- 7 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。

村 記 入 欄				
交 付 年 月 日 年 月 日交付	・要介護認定 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 課税 本・世・配・未() <input type="checkbox"/> 非課税	第 1 段 階 第 2 段 階 第 3 段 階①	備 考
適 用 年 月 日 年 月 日から	・負担限度額認定 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 資産等超過	第 3 段 階②	
※確認事項あり	・配偶者 有 ・ 無 ・送付先変更 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 生保 (. .) <input type="checkbox"/> 減額	非 該 当	