介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

更別村長　　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。

			申請区分	新規　・　更新	
フリガナ		被保険者番号			
被保険者氏名		個人番号			
生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日		性別	男　・　女	
住所	〒 電話番号				
入所した介護保険施設の所在地及び名称	所在地				
	名称				
	入所年月日	平成･令和　　年　　月　　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 氏名		生年月日	大正・昭和 年　　月　　日
	住所	□被保険者と同世帯 電話番号		
	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	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。
	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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○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。
	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【遺族年金・障害年金】収入額の の合計額が年額80万円超～120万円以下です。（受給している年金に○してください）
	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【遺族年金・障害年金】収入額の の合計額が年額120万円を超えます。（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。	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。（※） また、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは添付のとおりです。
	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

受給している全ての年金の保険者に○をしてください。
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		ご本人との関係	
	住所	電話番号		

○　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　　年　　月　　日

更別村長　　様

本　　人（被保険者）　住　所
　　氏　名

配　偶　者　住　所
　　氏　名

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担限度額認定通知書は、下記に送付するよう申し出ます。

更別村長　様

被保険者氏名

送 付 先	住　　所	〒 電話番号
	氏　　名	（被保険者との続柄　　）

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に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	□ 課税　本・世・配・未（　）	第 1 段 階	備　考
適 用 年 月 日 年　月　日から	・負担限度額認定　有 ・ 無	□ 非課税	第 2 段 階	
※確認事項あり	・配偶者　有 ・ 無	□ 資産等超過	第 3 段階①	
	・送付先変更　有 ・ 無	□ 生保　（　・　・　）	第 3 段階②	
		□ 減額	非 該 当	