

介護保険負担限度額認定申請書

裏面あり

令和 年 月 日

三春町長 様

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

フリガナ				被保険者番号											
被保険者氏名	印			個人番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女									
住所	〒 ー 連絡先														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ー 連絡先														
入所(院)年月日(※)	昭・平・令	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。
--------	-------	---

配偶者に関する事項	フリガナ															
	氏名															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号										
	住所	〒 ー 連絡先														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 ー														
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税														

資産状況に関する申告	生活保護費または老齢年金を受給していますか	はい ・ いいえ				
	昨年、遺族年金や障害年金などの非課税年金を受給していましたか。	はい ・ いいえ		→「はい」の場合 受給している全ての遺族・障害年金の保険者に○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	
	被保険者及び配偶者の資産金額を記入してください。		預貯金額	有価証券 (評価概算額)	その他 (現金・負債含む)	合計額
		被保険者	円	円	円	円
配偶者	円	円	円	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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
印	
申請者住所	本人との関係

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) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。
- (4) 虚偽の申請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

三春町長 坂本 浩之 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)

【認定結果の通知送付先を被保険者の住所以外へと希望される場合には、下記に記入してください。】

表面の記入者へ

その他へ → 〒 _____ 宛 名 _____

住 所 _____

《参考》認定基準

利用者負担段階	認定の対象となる収入等条件		預貯金等資産要件
第1段階	生活保護受給者/老齢福祉年金受給者		単身 1,000万円以下 夫婦 2,000万円以下
第2段階	町民税世帯非課税世帯 世帯全員が	課税年金収入額+合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円以下	単身 650万円以下 夫婦 1,650万円以下
第3段階①		課税年金収入額+合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円超120万円以下	単身 550万円以下 夫婦 1,550万円以下
第3段階②		課税年金収入額+合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額120万円超	単身 500万円以下 夫婦 1,500万円以下