

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
羽村市長 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 被保険者氏名	-----		被保険者番号																
			個人番号																
			生 年 月 日																
住 所	電話番号																		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	電話番号																		
入所（院）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		配偶者の有無が「無」の場合、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					個人番号													
	住 所	電話番号																	
	本年 1 月 1 日現在 の住所 （現住所と 異なる場合）	電話番号																	
	課税状況	市町村民税																	

収入等 に 関 する 申 告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																	
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※ ・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 80.9 万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※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。																	
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※ ・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。																	
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※ ・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額 120 万円を超えます。																	
預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※通帳等の写し は別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）、 ③の方は 650 万円（同 1,650 万円）、④の方は 550 万円（同 1,550 万円）、 ⑤の方は 500 万円（同 1,500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1,000万円（夫婦は 2,000 万円）以下です。																	
	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）		（ ）※ 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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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

羽村市長 殿

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、報告を求めることに同意します。

また、貴市（町村）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。

年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

代筆者

続柄

<配偶者>

住 所

氏 名

代筆者

続柄

～．～．～．～．～．（ ここから下は記入しないでください ）～．～．～．～．～．

○ 受付時確認

	☐ 本 人	☐ 代理人（ ）
本人確認	☐ 免・パ・住力・障・外・番力・（ ） ☐ 介保・介負・健保／通帳・CC・診 （ ） ☐ 聞き取り内容	☐ 居宅介護支援専門員証 ☐ 免・パ・住力・障・外・番力 （ ） ☐ 介保・介負・健保／通帳・CC・診 その他（ ）
	代理権	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）

○ 受付時確認

所得情報	所 得	本人	☐ 非課税 ☐ 課税		入 力	確 認
		配偶者	☐ 非課税 ☐ 課税			
		☐ 配偶者なし				
	資 産	☐ 基準額以下			受付印	
	非課税年金	☐ なし ☐ あり（ 円）				
		☐ 要照会	照会先	市区町村		
			依頼日	/		
	回答日	/				
合計所得金額	☐ 80.9万円以下 ☐ 80.9万円超120万円以下 ☐ 120万円超					
判定	☐ 承 認 （1段階 2段階 3段階① 3段階②） ☐ 却 下					
備考						