

介護保険負担限度額認定申請書

美幌町長様

令和7年度

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              |                                   |   | 個人番号   |       |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 被保険者名<br>氏名       |                                   |   | 被保険者番号 |       |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                   |                                   |   | 生年月日   | 明・大・昭 |  |  | 年     |   | 月 |   | 日 |   |  |  |  |
|                   |                                   |   | 電話番号   |       |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 住所                | 〒                                 |   |        |       |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 介護保険施設の<br>名称・所在地 | ※入所(院)していない場合及びショートステイの場合は記入不要です。 |   |        |       |  |  |       |   |   |   |   |   |  |  |  |
|                   | 名称                                |   |        |       |  |  | 入所年月日 | 年 |   | 月 |   | 日 |  |  |  |
|                   | 所在地                               | 〒 |        |       |  |  | 電話番号  |   |   |   |   |   |  |  |  |

《 本人以外の方が提出される場合 》

|       |   |  |        |  |  |
|-------|---|--|--------|--|--|
| 届出人氏名 |   |  | 本人との関係 |  |  |
| 住所    | 〒 |  | 電話番号   |  |  |

《 配偶者に関する事項 》

|                 |       |                                       |               |             |
|-----------------|-------|---------------------------------------|---------------|-------------|
| 配偶者の有無          | 有 ・ 無 | 左記において「無」の場合、以下の配偶者に関する申告について記載は不要です。 |               |             |
| フリガナ            |       |                                       | 市町村民税<br>課税状況 | 課税 ・ 非課税    |
| 配偶者氏名           |       |                                       | 生年月日          | 明・大・昭 年 月 日 |
| 本年1月1日現在の<br>住所 | 〒     |                                       | 電話番号          |             |

《 収入に関する申告 》

|                                     |                                           |                                   |                                    |               |       |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---------------|-------|
| 非課税年金<br>受給の有無                      | 有(遺族年金 / 障害年金) ・ 無                        | 世帯の<br>課税状況                       | <input type="checkbox"/> 市町村民税 非課税 | 生活保護<br>受給の有無 | 有 ・ 無 |
| 65歳以上の<br>人<br>(年金収入+その他<br>合計所得金額) | <input type="checkbox"/> 年額80.9万円以下       | かつ、預貯金額等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下   |                                    |               |       |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額80.9万円超120万円以下 | かつ、預貯金額等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下   |                                    |               |       |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額120万円超         | かつ、預貯金額等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下   |                                    |               |       |
| 65歳未満の<br>人<br>(年金収入+その他<br>合計所得金額) | <input type="checkbox"/> 年額80.9万円以下       | かつ、預貯金額等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |                                    |               |       |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額80.9万円超120万円以下 | かつ、預貯金額等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |                                    |               |       |
|                                     | <input type="checkbox"/> 年額120万円超         | かつ、預貯金額等の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |                                    |               |       |
| 預貯金額等<br>(普通・定期)                    |                                           | 円 有価証券                            | 円 現金等 ( )                          | 円             |       |

|                                                                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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、美幌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                                                                                                                                                                                               |  |
| 〈被保険者〉                                                                                                                                                                                              |  |
| 住所                                                                                                                                                                                                  |  |
| 氏名                                                                                                                                                                                                  |  |
| 〈配偶者〉                                                                                                                                                                                               |  |
| 住所                                                                                                                                                                                                  |  |
| 氏名                                                                                                                                                                                                  |  |

《 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または内縁関係の者を含みます。
- (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。