

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 年 月 日

北山村長

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							
性別	男	女	生年月日	年	月	日		
住所						連絡先		
介護保険施設の 名称・住所※	〒 施設名					連絡先		
入所(院)年月日※	年 月 日			※入所(院)していない場合は記載不要です				

配偶者の有無 (内縁関係を含む)	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」は記載不要です。							
配偶者に関する 事項	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名								
	住所 <small>(被保険者と同一住所の場合記載不要)</small>						連絡先		
	本年1月1日現在の住所 <small>(現住所と異なる場合)</small>						連絡先		
	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税		1月1日現在で北山村外に居住し非課税の方は、「非課税証明書」を添付してください					

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者です。							
	<input type="checkbox"/>	② 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金収入および合計所得金額の合計が年額80万円以下です。							
	<input type="checkbox"/>	③ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金収入および合計所得金額の合計が年額80万円を超え、120万円以下です。							
	<input type="checkbox"/>	④ 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金収入および合計所得金額の合計が年額120万円を超えます。							
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、第1号被保険者の ①の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 ②の場合は650万円(同1,650万円)以下 ③の場合は550万円(同1,550万円)以下 ④の場合は500万円(同1,500万円)以下で、 第2号被保険者(40～64歳)の場合は、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。							
		A.預貯金額 (普通・定期等)	円	B.有価証券 (評価概算額)	円	C.その他 (内容を記入)	( )	円	

村記載欄

第1段階	第2段階	第3段階 ①	第3段階 ②	第4段階
非該当理由				
課税による ( 本人 配偶者 世帯員 )				
預貯金等の合計が基準を超える				

裏面有

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です

申請者氏名		連絡先
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所有している場合は、その全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。

#### 添付書類

通帳のコピー等(本人分・配偶者分)

配偶者の非課税証明書

\* 配偶者の方が北山村以外に住所がある方で、非課税の方のみ必要となります。