

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 松川町長 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。

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男・女
	住所		電話番号	- -
介護保険施設の所在地及び名称			電話番号	- -
入所年月日		昭・平・令 年 月 日	※介護保険施設に入所していない場合は記載不要です	

※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	配偶者の有無	有・無		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	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のみ)				
	課税状況	市町村民税が 課税 ・ 非課税			

該当する□に✓を記入

収入等及び預貯金等に関する申告					
□生活保護受給者、市町村民税非課税で老齢福祉年金受給者		かつ	単身 1,000 万円以下、夫婦 2,000 万円以下		
□世帯全員が市町村民税非課税で、 【その他の合計所得金額+年金収入額】が 80 万円以下		かつ	単身 650 万円以下、夫婦 1,650 万円以下		
□世帯全員が市町村民税非課税で、 【その他の合計所得金額+年金収入額】が 80 万円超 120 万円以下		かつ	単身 550 万円以下、夫婦 1,550 万円以下		
□世帯全員が市町村民税非課税で、 【その他の合計所得金額+年金収入額】が 120 万円超		かつ	単身 500 万円以下、夫婦 1,500 万円以下		
預貯金金額	円	有価証券等 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	円

申請者 ※被保険者本人の 場合は記載不要	氏名		被保険者との関係	
	住所		電話番号	- -

注意事項

- ①この申請者における「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すべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書ききれない場合は別紙に記入のうえ添付してください。
- ③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 倍の加算額を返還していただくことがあります。

裏面の同意書に必ず記載してください

松川町記入欄	認定の可否	認定 ・ 認定外
被保険者	課税・非課税	認定の段階 1.生活保護受給者・老齢福祉年金受給者(市町村民税非課税世帯) 2.市町村民税非課税世帯【合計所得+年金収入】≤80万円 3.市町村民税非課税世帯 80万円<【合計所得+年金収入】≤120万円 4.市町村民税非課税世帯で3に該当しない 5.その他の減額理由を有する 6.上記に該当しない(減額なし)
配偶者	課税・非課税	
資産等合計	円	
交付年月日	年 月 日	
適用年月日	年 月 日	

同意書

松川町長 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、松川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。

令和 年 月 日

〈本人〉

住 所 _____

氏 名 _____

〈配偶者〉

住 所 _____

氏 名 _____