

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 琴平町長

申請日 年 月 日

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 被保険者名		被保険者番号															
氏名		個人番号															
生年月日	明・大・昭	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 (※)	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																	
	電話番号	( ) -																
本年1月1日現在の 住所 (現住所と異なる 場合)																		
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																	

収入等に関する 申告 該当□に✓をして ください。	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者															
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者（世帯を分離している配偶者を含む。）であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※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。															
<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者（世帯を分離している配偶者を含む。）であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。																
<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者（世帯を分離している配偶者を含む。）であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。																
非課税年金（障害 年金・遺族年金） 収入に関する申告	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 非課税年金を受給している方は、該当□（年金保険者及び年金種別）に✓をしてください。															
	〔年金保険者〕 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済															
〔年金種別〕 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。）																
預貯金等に関する 申告 □に✓をし、預貯 金額等の欄に記入 してください。	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり															
	預貯金額	本人	円	有価証券 (評価概算額)	本人	円	その他 (現金・負債 を含む)	本人	※ ( ) 円							
	配偶者	円		配偶者	円		配偶者	※ ( ) 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（日中に連絡のつく電話番号）
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、そのすべてを記入し、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。

※裏面の同意書にも記入してください。

(裏面)

## 同意書

(宛先) 琴平町長

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、保有する預貯金及び有価証券等の残高、並びに私の世帯員の課税状況、これら関係人の住民票に関する情報について照会し、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。

本申請に対する決定事項について、居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、琴平町が情報を提供することについて同意します。

年 月 日

〈本人〉 住所  
(被保険者)

氏名

代筆者氏名

本人との続柄 ( )

〈配偶者〉 住所  
(配偶者が有  
の場合)

氏名

代筆者氏名

本人との続柄 ( )

※代筆の場合は、代筆者氏名欄に自署し、続柄を記入してください。

保険者記入欄（以下は記入しないでください。）

住民税課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税（本人・世帯） <input type="checkbox"/> 配偶者非課税（別世帯の場合）
収入状況	【非課税年金】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 120万円超 <input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円以下
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給又は老齢福祉年金受給
預貯金等の状況	<input type="checkbox"/> 基準額以下 <input type="checkbox"/> 基準額超
利用者負担	第[ ]段階
交付年月日	年 月 日
有効期間	年 月 日～ 年 7月 31日
発行方法	郵送先 <input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 変更届出済の送付先 <input type="checkbox"/> 施設
	<input type="checkbox"/> その他 ( )
備考欄	
受付年月日	年 月 日