

(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

〇〇年 〇月 〇日

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 氏名	コヒラ タロウ 琴平 太郎	被保険者番号	0000000000
生年月日	明・大・昭 10年 4月 1日	個人番号	0000000000000000
住所	琴平町榎井817番地10 電話番号 (0877) 75-6706	入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	特別養護老人ホーム 〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇
入所(院)年月日 (※)	平・令 2年 2月 1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」について記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ 氏名	コヒラ ハナコ 琴平 花子	「配偶者」については、別世帯の配偶者、内縁関係の者も含まれます。	
	生年月日	明・大・昭 12年 8月 7日	個人番号	0000000000000000
	住所	琴平町榎井817番地10 電話番号 (0877) 75-6706	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	前年中の収入等について□にチェックしてください。

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。 <small>※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。</small> <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 <input type="checkbox"/> ※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	<table border="1"> <tr> <td>本人</td> <td>5,101,233 円</td> <td>有価証券 (評価概算額)</td> <td>本人</td> <td>0 円</td> <td>その他 (現金・負債を含む)</td> <td>本人</td> <td>※(現金) 150,000 円</td> </tr> <tr> <td>配偶者</td> <td>4,666,777 円</td> <td></td> <td>配偶者</td> <td>0 円</td> <td></td> <td>配偶者</td> <td>※(現金)</td> </tr> </table>	本人	5,101,233 円	有価証券 (評価概算額)	本人	0 円	その他 (現金・負債を含む)	本人	※(現金) 150,000 円	配偶者	4,666,777 円		配偶者	0 円		配偶者	※(現金)
本人	5,101,233 円	有価証券 (評価概算額)	本人	0 円	その他 (現金・負債を含む)	本人	※(現金) 150,000 円										
配偶者	4,666,777 円		配偶者	0 円		配偶者	※(現金)										

預貯金等の残高の合計を記入してください。添付する通帳等の写し（コピー）に記載されている残高の合計をそれぞれ記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記につ

申請者氏名	琴平 次郎	連絡先（日中に連絡のつく電話番号）	090-〇〇〇〇-△△△△
申請者住所	琴平町榎井817番地10	本人との関係	子

被保険者以外が提出する場合は、必ず記入してください。

内容についてお問い合わせする場合がありますので、日中に連絡のつく電話番号を記入してください。

(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。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

〈本人〉 住所 **琴平町榎井817番地10**  
(被保険者)

氏名 **琴平 太郎**

代筆者氏名 **琴平 次郎** 本人との続柄 ( **子** )

代筆した場合には、  
代筆者氏名等の記入を  
お願いします。

〈配偶者〉 住所 **琴平町榎井817番地10**  
(配偶者が有  
の場合) 氏名 **琴平 花子**

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