

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

記載例

(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	コトヒラ タロウ 琴平 太郎	被保険者番号	0000000000000000
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	(0000) 00 - 0000
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」について記入不要です。		
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ 氏 名	コトヒラ ハナコ 琴平 花子	「配偶者」については、別世帯の配偶者、内縁関係の者も含みます。	
	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。	☐ 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				
	☐ 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80.9万円以下です。 ※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。				
	☒ 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80.9万円を超え、120万円以下です。				
	☐ 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	☐ 無 ☒ 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）	☒ 日本年金機構	☐ 地方公務員共済	☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済	
	（年金種別）	☒ 障害年金	☐ 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。	☒ 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				
	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）
	配偶者	4,666,777 円	配偶者 0 円	配偶者	配偶者 ※（現金）

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＞
(被保険者)

住所 琴平町榎井817番地10

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〉
(配偶者が有
の場合)

住所 琴平町榎井817番地10

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。）

[illegible]