

(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。	☐ 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82.65万円以下です。 ※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82.65万円を超え、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															
	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〉
(被保険者) 住所

氏名

代筆者氏名

本人との続柄（ ）

〈配偶者〉
(配偶者が有
の場合)

住所

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。）

[illegible]