介護保険負担限度額認定申請書

令和　○　年　○　月　○　日

（申請先）

矢板市長　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

個人番号が不明な場合は、記入不要です。

フリガナ	ヤイタ　タロウ	被保険者番号	
被保険者氏名	矢　板　　太　郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生　年　月　日	昭和　○　年　○　月　○　日		
住　　所	矢板市本町 5-4 連絡先　43-3896		
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　○○ 矢板市本町 0000-1　連絡先　○○-○○○○		
入所（院）年月日（※）	○　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	
配偶者に関する	フリガナ	ヤイタ　ハナコ	
	氏　　名	矢　板　　花　子	
	生　年　月　日	昭和○　年　○　月　○　日	個人番号 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
	住　　所	矢板市本町 5-4	
	現所る		
	況	市町村民税　　課税　・　非課税	

同じ世帯でなくとも、配偶者がいる場合は、「有」に丸をつけてください。

配偶者が「有」の場合、配偶者の住所・氏名・生年月日・課税状況を記入してください。本年１月１日時点の住所が現住所と異なる場合は、そちらの住所の記入もお願いします。

① 該当する項目にレ点をつけてください。

② 受給している非課税年金がある場合には、該当する年金に丸をつけてください。

□	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税であ
☑	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円以下です。（受給している年金に○して下さい。以下同じ。） ※　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。
□	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。
□	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。
☑	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1000 万円（ 1650 万円）、④の方は 550 万円（同 1550 万円）、⑤の方は 500 万 ※第２号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方

配偶者が「有」の場合、本人だけでなく、配偶者の合計の金額をそれぞれ記入してください。

預貯金額・有価証券・その他に関しては資料１に説明がありますので、参考にしてください。

預貯金額	○○○円	有価証券（評価概算額）	○○○円	その他（現金・負債を含む）	（　負債　）※ ○○○円 ※内容を記入して下さい

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　矢　板　　次　郎	連絡先（自宅・勤務先） 090-1111-2222
申請者住所　矢板市本町 5-4	本人との関係 長男

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。

同意書

矢板市長　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、貴市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

矢板市本町 5-4

氏名

矢板　太郎

＜配偶者＞

住所

矢板市本町 5-4

氏名

矢板　花子