

# 介護保険負担限度額認定申請書

南大隅町長 殿

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。

被保険者氏名				被保険者番号							
フリガナ											
				個人番号（マイナンバー）							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女					
住所	連絡先										
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先										
入所（院）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				生年月日	大・昭・平	年	月	日			
	氏名				課税状況							
					市町村民税 課税 ・ 非課税							
	住所				個人番号							
	住所				連絡先							
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）												

※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、維持年金を含みます。以下同じ。

収入・預貯金等に関する事項	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 世帯全員が市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）			
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	課税年金収入額と合計所得金額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円以下	1000万円（2000万円）以下		
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額80万円超120万円以下	650万円（1650万円）以下		
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額120万円超	550万円（1550万円）以下		
預貯金額	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債含む）	【（内容）】	円

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。

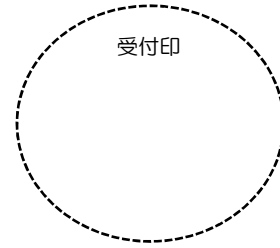
申請者氏名				連絡先		
申請者住所				本人との関係		

受給している年金の保険者に○をして下さい  
日本年金機構  
地方公務員共済  
国家公務員共済  
私学共済

## 注意事項

- 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。
- 65歳未満（第2号被保険者）の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下となります。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書ききれない場合は、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。
- 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倍の加算金を変換していただくことがあります。

判定結果	1・2・3-①・3-②・却下	送付先	
却下事由	本人課税・世帯課税・資産	氏名/担当者	
備考	生保・境界層	送付方法	郵送・使送等・手渡し



(裏面)

## 同意書

南大隅町長

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、債託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名