

負担限度額認定申請書

年 月 日

天川村長 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します。

|                          |                                                                                                                                                           |               |   |                                                   |   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---|---------------------------------------------------|---|
| フリガナ                     |                                                                                                                                                           | 保険者番号         |   | 294462                                            |   |
| 被保険者氏名                   |                                                                                                                                                           | 被保険者番号        |   |                                                   |   |
| 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(※)              |                                                                                                                                                           | 昭・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                                                                                                                                                        | 〒 -           |   | 連絡先 ( )                                           |   |
|                          | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)                                                                                                                                    | 〒 -           |   | 連絡先 ( )                                           |   |
| 課税状況                     |                                                                                                                                                           | 市町村民税 課税・非課税  |   |                                                   |   |
| 収入等に関する申告                | <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であって、課税年金収入額、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。<br>(受給している年金に○をしてください。)<br>※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。 |               |   |                                                   |   |
|                          | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、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。<br>(受給している年金に○をしてください。)                                  |               |   |                                                   |   |
|                          | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、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。<br>(受給している年金に○をしてください。)                                         |               |   |                                                   |   |
| 預貯金等に関する申告               |                                                                                                                                                           | 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) |   | ( )※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 | 連絡先(自宅・勤務先)<br>( ) |
| 申請者住所 | 本人との関係             |

裏面も記載して下さい

- 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。

預貯金等に関する申告(本人分)

| 種類              | 口座名義(フリガナ) | 金融機関名                | (支)店名           | 預貯金額 |
|-----------------|------------|----------------------|-----------------|------|
| 預貯金             | ( )        | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合 | 支店<br>本店<br>出張所 | 円    |
|                 | ( )        | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合 | 支店<br>本店<br>出張所 | 円    |
|                 | ( )        | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合 | 支店<br>本店<br>出張所 | 円    |
| 有価証券等           | 口座名義       | 種類・金融機関名・店名等         |                 | 評価額  |
|                 |            |                      |                 | 円    |
|                 |            |                      |                 | 円    |
| その他(負債等)        | 口座名義       | 種類・金融機関名・店名等         |                 | 金額   |
|                 |            |                      |                 | 円    |
|                 |            |                      |                 | 円    |
| 現金(タンス預金含)(本人分) |            | 金額                   | 円               |      |
|                 |            | 合計額                  | 円               |      |

預貯金等に関する申告(配偶者分)※配偶者がいない場合は記入不要です

| 種類               | 口座名義(フリガナ) | 金融機関名                | (支)店名           | 預貯金額 |
|------------------|------------|----------------------|-----------------|------|
| 預貯金              | ( )        | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合 | 支店<br>本店<br>出張所 | 円    |
|                  | ( )        | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合 | 支店<br>本店<br>出張所 | 円    |
|                  | ( )        | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合 | 支店<br>本店<br>出張所 | 円    |
| 有価証券等            | 口座名義       | 種類・金融機関名・店名等         |                 | 評価額  |
|                  |            |                      |                 | 円    |
|                  |            |                      |                 | 円    |
| その他(負債等)         | 口座名義       | 種類・金融機関名・店名等         |                 | 金額   |
|                  |            |                      |                 | 円    |
|                  |            |                      |                 | 円    |
| 現金(タンス預金含)(配偶者分) |            | 金額                   | 円               |      |
|                  |            | 合計額                  | 円               |      |

※(本人分・配偶者分ともに)同じ種類の資産等が多く、記載しきれない場合は、別紙に記入してください

○預貯金等に関する申告に係る必要書類

- ・配偶者の住民税課税状況…配偶者が、天川村の介護保険被保険者でない場合のみ、非課税証明書
- ・本人・配偶者の預貯金(普通預金・定期預金等)…通帳の写し(表紙をめくってすぐの見開きページと、残高及び申請日現在から直近2カ月以内の記帳明細が確認できる部分)
- ・本人・配偶者の有価証券(株式・国債・地方債・社債・出資金等)…証券会社や銀行の口座残高・明細等の写し
- ・本人・配偶者の投資信託…銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高・明細等の写し
- ・本人・配偶者の地金(金・銀等)など購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属…購入先の銀行等の口座残高等の写し
- ・本人・配偶者の負債(借入金・住宅ローンなど)…借用証書・申請日時点の負債残高が確認できる書類等

同意書

天川村長 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、天川村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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名