

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

箱根町長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

代理申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

本申請を代理する私(親族、施設等)は、申請者本人又は家族等の同意を得ていることに相違ありません。

次のとおり関係書類を添えて、食事・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

|        |  |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|----------------------------------|---|-----------------------------|---|------------------------------|----|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者   | フリガナ   |                                  |   | 被保険者番号                      |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 氏名   |                                  |   | 個人番号                        |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 生年月日   | 年 月 日                            |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 住所   | 〒                                |   |                             |   | 電話番号 ( )                     |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者の有無 |  | 有 ・ 無 (※「無」の場合は「配偶者等」の欄は記載不要です。) |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者等   | フリガナ   |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 氏名   |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 生年月日   | 年 月 日                            |   | 個人番号                        |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 住所   | 〒                                |   |                             |   | 電話番号 ( )                     |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 課税状況   |  | 市 町 村 民 税                        |   | <input type="checkbox"/> 課税 |   | <input type="checkbox"/> 非課税 |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施設利用状況 | <input type="checkbox"/> 介護保険施設を利用中( 年 月 日～)<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設を利用する予定( 年 月 日～)<br><input type="checkbox"/> 短期入所(生活・療養)サービスを利用中又は利用する予定<br><input type="checkbox"/> 未定   |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 名称   |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 住所   | 〒                                |   |                             |   | 電話番号 ( )                     |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 収入等    | <input type="checkbox"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者<br><input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下である。<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。<br><input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下である。<br><input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超える。 |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 資産等<br><input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が、<br>②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(夫婦は1,650万円)<br>④の方は550万円(夫婦は1,550万円)、⑤の方は500万円(夫婦は1,500万円)以下である。<br>(預貯金、有価証券、負債等に係る通帳等の写しを添付してください。)   |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 預貯金等(現金含む)   | ①                                | 円 | 有価証券等                       | ② | 円                            | 負債 | ③ | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        |  |                                  |   |                             |   |                              |    |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注意事項

- この申請書における「配偶者」には、世帯が別の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、すべての通帳等の写しを添付してください。
- 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倍の加算金を返還していただくことがあります。

資産等詳細内容

1 預貯金等(現金を含む)

| 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人    | 残高 | 区分                   |
|-------|-----|------|----------|----|----------------------|
|       |     |      |          | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
|       |     |      |          | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
|       |     |      |          | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
| 現金    |     |      | 被保険者(本人) | 円  | 町確認欄                 |
|       |     |      | 配偶者等     | 円  |                      |
| 合計    |     |      | ①        | 円  |                      |

2 有価証券等

| 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人 | 残高 | 区分                   |
|-------|-----|------|-------|----|----------------------|
|       |     |      |       | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
|       |     |      |       | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
|       |     |      |       | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
| 合計    |     |      | ②     | 円  | 町確認欄                 |
|       |     |      |       |    |                      |

3 負債

| 借主 | 内容 | 残高 | 区分                   |
|----|----|----|----------------------|
|    |    | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
|    |    | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
|    |    | 円  | 被保険者(本人)<br>・<br>配偶者 |
| 合計 |    | ③  | 町確認欄                 |
|    |    |    |                      |

※預貯金、有価証券、負債等に係る通帳等の写しを添付してください。

※負債については、預貯金等から差し引きます。

判定結果送付先

(※被保険者の現住所以外の送付先を希望する場合に記入してください。)

|       |      |        |
|-------|------|--------|
| フリガナ  |      | 被保険者との |
| 氏名    |      | 関係     |
| 送付先住所 | 〒    |        |
|       | 電話番号 | ( )    |

同意書

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、信託会社その他の機関に、私及び配偶者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等について照会することに同意します。

年 月 日

(本人) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(配偶者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)