

＜記入例＞

①から⑥までの順に従ってご記入下さい。記入内容に不備があると、再提出をお願いする場合がありますので記入もれにご注意下さい。（裏面もご覧下さい）

介護保険負担限度額認定申請書

平成 ××年 ××月 ××日

①提出する日付をご記入下さい。

(申請先) 越前町長

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 | エチゼン ハナコ | 被保険者番号 | 0001234567 |
| 被保険者氏名 | 越前 はな子 | 個人番号 | ×××××××××××× |
| 生年月日 | 明・大・昭 ××年××月××日 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 越前町西田中13-5-1 | 連絡先 | 0778-34-1234 |
| 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〇〇〇 | 連絡先 | 0778-34-×××× |
| 入所(院)年月日(※) | 昭・平 ××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。 | |

②介護サービスをご利用の方の各情報をご記入下さい。

| | | |
|-----------|------------------------|---|
| 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 | エチゼン タロウ |
| | 氏名 | 越前 太郎 |
| | 生年月日 | 明・大・昭 ××年××月××日 |
| | 住所 | 同上 |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | |
| 市町村民税課税状況 | 課税・非課税 | |

③配偶者の有無のいずれかに○をし、[有]の場合は配偶者の各情報をご記入下さい。[市町村民税課税状況]がご不明な場合は空白で結構です。

| | | | |
|------------|-------------------------------------|---|--|
| 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高齢福祉年金受給者 | |
| | <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80万円以下です。(受給している年金に○して下さい) ※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。 | 受給している全ての年金の保険者に○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 |
| | <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80万円を超えます。 | |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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に | 借入金 (-100万) ※ 円 ※内容を記入して下さい |
| | 預貯金額 | 200万 円 | 有価証券(評価概算額) 0 円 |

④介護サービスをご利用の方の収入状況について、当てはまるものにチェックを入れてください。ご不明な場合は空白で結構です。また、受給している年金に○をして下さい。遺族年金・障害年金を受給している年金に必ず○をして下さい。

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 | 越前 一郎 | 連絡先(自宅・勤務先) | 0778-42-×××× |
| 申請者住所 | 越前町越前1-1-1 | 本人との関係 | 子 |

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指します。
- (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て下さい。

⑥申請書を記入された方の氏名・住所・連絡先を記入してください。[本人との関係]欄には、介護サービスをご利用の方との関係をご記入下さい。なお、申請者がご本人の場合は⑥の記入は不要です。

⑤預貯金等の額について、当てはまる場合にはチェックを入れて下さい。また、その金額(ご夫婦の場合は合計額)をご記入下さい。※通帳の写し(表紙と最終残高を含む申請日の直近2カ月以内のページ)など記入した金額が確認できるものを必ず添付して下さい。ご夫婦の場合は2名分必要です。

＜記入例＞

「同意書」（申請書の裏面）の同意事項をご確認いただき、①から③までの順に従ってご署名及びご捺印をお願いします。不備があると、再提出をお願いする場合がありますのでご注意ください。

同意書

越前町長 殿

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。

①記入日をご記入下さい。

平成××年××月××日

②住所及び氏名をご記入いただき、押印をお願いします。
（シャチハタ不可）

＜本人＞

住所 **越前町西田中13-5-1**

氏名 **越前 はな子**

＜配偶者＞

住所 **同上**

氏名 **越前 太郎**

③配偶者がいらっしゃる場合は、配偶者の方の住所及び氏名をご記入いただき、押印をお願いします。
（シャチハタ不可）

Ⓜ

申請される際には、提出書類に漏れがないか今一度ご確認ください。

○提出書類

- 介護保険負担限度額認定申請書及び同意書
- 通帳の写しなど預貯金等の金額がわかるもの
（負債がある場合には借用書等の写し）