

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

川西町長殿

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。また、私の世帯の所得状況等について、公簿等により確認を受けることに同意します。

申請者氏名	連絡先 ()
申請者住所	本人との関係
発送先の希望がある場合にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 入所先施設宛 <input type="checkbox"/> その他 ()	

※発送先の希望が無い場合は、下記被保険者宛（介護保険送付先登録をしている場合はその送付先）へ送付します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	個人番号		
	性別	男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月 日
住所			
	連絡先 ()		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	施設名：		
	所在地：		
入所(院)年月日	昭・平・令	年	月 日

介護保険施設に入所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」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	
	住所	個人番号		
		連絡先 ()		
本年1月1日時点の住所 (現住所と異なる場合)				

注意事項

- (1) この申請における「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) 配偶者が、川西町以外の市町村に居住している場合は、(非)課税証明書を添付してください。

注

◎裏面（収入及び預貯金等に関する申告等）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

役場 記入欄

起案日	年 月 日	決定日	年 月 日	課長	課長補佐	主任	課員	担当
審査確認	本人世帯 非課税・課税	配偶者 非課税・課税		資産 範囲内・超過				
□税証明（他市町村に居住している配偶者）				□通帳等の写し				
下記のとおり決定します。								
承認する ・ 承認しない（理由：課税・配偶者・資産・その他）								
利用者負担段階	第 段階	認定期間	年 月 日 から 年 月 日					
備考	申請者本人確認 () 、 その他 ()							

1. 住民税課税状況

本人世帯	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護受給	非課税年金 [*] の有無	有 (年間 万円) ・ 無
受給している年金 (すべてに○をお願いします)		日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済	
配偶者	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護受給	非課税年金 [*] の有無	有 (年間 万円) ・ 無
受給している年金 (すべてに○をお願いします)		日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済	

※非課税年金とは、障害年金・遺族年金(寡婦年金・かん夫年金・母子年金・遺児年金等を含む)をいいます。

2. 本人及び配偶者預貯金等状況

区分	氏名(口座名義)	金融機関及び支店名	預貯金額
預貯金			円
			円
			円
			円
			円
有価証券等	氏名	種類	評価概算額
			円
			円
その他(負債・現金等)	氏名	種類	金額
			円
			円
合計			円

注意事項

- 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、そのすべてを記入し通帳等の写しを添付してください。また、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。
- 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、支給された額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります
- 預貯金額等については、金融機関に照会することがあります。

同意書

川西町長 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、川西町長の報告要求に対して、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も構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名