令和元年5月以降用

介護保険負担限度額認定申請書

受付印　　捨印

令和　　年　　月　　日

（申請先）
　砺波地方介護保険組合　理事長　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		被保険者番号	
被保険者氏名	印	個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性　別	男　・　女
住　　所	〒	電話番号	－　　－
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※1	〒	電話番号	－　　－
入所(院)年月日※	昭・平・令　　年　　月　　日	※1	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、記載不要です。

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	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名		個人番号	
	住　　所	〒	電話番号	－　　－
	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	４～７月申請の場合は前年度課税状況、８～３月申請の場合は本年度課税状況を確認いたします。	

収入等に関する申告	□	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	
	□	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※3　・　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○をしてください。） ※3 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○してください。 ・ 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済
	□	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。　（受給している年金に○をしてください。）	

預貯金に関する申告（夫婦合計）	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が１，０００万円（夫婦は２，０００万円）以下です。 ※4　預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり						
	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）	内容（　　）円 内容（　　）円	合計	円

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

申請者氏名	電話番号　　－　　－	
申請者住所　〒		本人との関係

裏面へ続く

※※※

市記入欄

本人	老齢福祉年金	非受給	受給	住民税	本人	非課税	課税
	生活保護	非受給	受給		配偶者	非課税	課税
	給付制限	なし	あり		他世帯員	非課税	課税
	非課税年金	なし	あり				

組合記入欄

受付	／	入力	／　　／			交付	／	
決定	第	1	2	3	4	段階	境界層（　有　／　無　）	
	承認			非承認				
	期間	／　～　／		理由	課税　・　預貯金			

表面から続く

同　意　書

砺波地方介護保険組合　理事長　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、報告を求めることに同意します。

また、貴理事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。

令和　　年　　月　　日

＜本　人＞

住　所

氏　名　　印

＜配偶者＞

住　所

氏　名　　印

※　本人又は配偶者が書写不能で記名できない場合に記載ください。
なお、上記該当者の氏名を申請者が代筆された場合でも、上記該当者の押印が必要です。

上記記名者が書写不能のため、該当者に同意書の内容を見せ又は読み聞かせ、同意を得ていることに相違ありません。

申請者氏名

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。

（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。