

介護保険負担限度額認定申請 必要書類一覧表

- (1) 現在お持ちの負担限度額認定証（初めて申請される方や入所先施設に預けている等手元に無い場合は提出不要です。）
- (2) 「介護保険負担限度額認定申請書」
- (3) 「同意書」
 - …配偶者又は内縁関係の方がいる場合は、世帯が別であっても、両名の記名・押印が必要です。
- (4) 印鑑
- (5) 非課税年金（障害年金・遺族年金※）の年金振込通知書等の写し（年金収入額・基礎年金番号が分かるもの）
 - ※寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金を含む。
- (6) お持ちの全ての預貯金に等に関する下記書類
 - ・配偶者又は内縁関係の方がいる場合は、世帯が別であっても、両名の書類が必要です。
 - ・下記①～④については、金融機関等名称・支店名・口座番号・口座名義人・残高が分かるようにしてください。
 - ① 預貯金
 - …所持している全ての口座の通帳残高ページの写し（インターネットバンキングを含む普通預金・定期預金の口座名義情報ページ及び残高ページの写し）
 - ② 有価証券（株式・国債・地方債・社債など）
 - …証券会社や銀行の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
 - ③ 金・銀（積立購入を含む）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の写し（ウェブサイトの写しも可）
 - ④ 投資信託
 - …銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し（ウェブサイトの写しも可）
 - ⑤ タンス預金（現金）
 - …写し等は必要ないが、申請書に金額を記載する。
 - ⑥ 負債（借入金・住宅ローンなど）
 - …借用証書などの写し

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

群馬県吾妻郡草津町長 黒岩 信忠 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			性別											
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	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													
	氏名													
	生年月日	明・大・昭・平	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）	〒													
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〇して下さい） <small>※ 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。</small>											
	<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。（受給している年金に〇して下さい）											
預貯金等に関する申告	<input 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											
	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								

※内容を記入してください

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）
申請者住所	本人との関係

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) 虚偽の申請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。

同意書

草津町長 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。

平成 年 月 日

< 本人 >

住所：

氏名：

印

< 配偶者 >

住所：

氏名：

印