　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（表面）

第25号様式（第15条関係）　　　　　介護保険負担限度額認定申請書

令和　７年　８月　１日

（申請先）　厚岸町長　　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 |  | | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 生年月日 | 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  （※） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※） | 昭・平・令　　　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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 | □ | ①　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 | | | | | |
| □ | ②　市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と〔　遺族年金※・障害年金　〕の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。　(受給している年金に〇をして下さい)  ※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。 | | | | | |
| □ | ③―1　市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と〔　遺族年金※・障害年金　〕の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。(受給している年金に〇をして下さい) | | | | | |
| □ | ③―2　市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と〔　遺族年金※・障害年金　〕の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に〇をして下さい) | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方(生活保護受給者の方を除く)は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③―1の方は550万円(同1550万円)、③―2の方は500万円(同1500万円)以下です。※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②、③―1、③―2の方は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。

町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 適用年月日 | 有効期限 | 備考 |
| 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面）

同意書

厚岸町長　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。

令和　７年　８月　１日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名