

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0	0						
被保険者氏名		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(※)	〒 — 電話番号 — —												
入所(院)年月日 (※)	年 月 日	(※) 介護保険施設に入所(院)しない(ショートステイ)場合には、 記入は不要です。											

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		個人番号											
	氏 名		個人番号											
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女										
	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)	〒 — 電話番号 — —												
	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です。											
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であつて、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額 【 遺族年金 ・ 障害年金 ※受給している年金に〇して下さい 】の合計額が年間80万円以下です。											
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であつて、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額 【 遺族年金 ・ 障害年金 ※受給している年金に〇して下さい 】の合計額が年間80万円を超えます。											
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1,000万円(夫婦は2,000万円)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						

大井町長 様

上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

令和 年 月 日

申請者 _____

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

(被保険者との関係 _____)

電話番号 _____ — _____

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てください。
- (3) 書ききれない場合は、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。

同意書

大井町長 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、大井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