

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

枝 幸 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	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女									
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	明・大・昭	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	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・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 して下さい) 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金、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 して下さい		
預貯金等に関する申告	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 して下さい)														
	日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済														
預貯金等に関する申告	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	内容を記入して下さい							

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

- 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。
- 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。
- 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倍の加算金を返還いただくことがあります。

同意書

枝 幸 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、枝幸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。

年 月 日

< 本 人 >
住所

氏名

印

< 配偶者 >
住所

氏名

印