

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				保険者番号			
被保険者氏名				被保険者番号			
				個人番号			
生年月日	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(※)	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	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者 / ②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"/> ③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80万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい。以下同じ。) ※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。						
	<input type="checkbox"/> ④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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> ⑤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。						
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、②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。						
	※通帳等の写しは別添	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

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) 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うえ添付してください。  
 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。

認定書の送付先(○をしてください)	
① 本人・申請者	
② 社協・枝幸苑・歌翠園	
③ その他(送付先を記入願います)	
住所	〒
氏名	

※町記入欄

区分		世帯	課税 ・ 非課税
段階		本人	課税 ・ 非課税
合計所得金額	円		
課税年金収入額	円		
非課税年金額	円		
所得分布状況等	承認 ・ 不承認		

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

<配偶者>

住所

氏名