

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

若桜町長 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										
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、記載不要です。										

配偶者の有無		有 ・ 無	「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	町民税	課税 ・ 非課税											

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	③町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 <u>年額80.9万円以下</u> です。（受給している年金に〇して下さい。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。				
	☐	④町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 <u>年額80.9万円を超え、120万円以下</u> です。				
	☐	⑤町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 <u>年額120万円を超え</u> ます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤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、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。				
	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。

同 意 書

若桜町長 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、年金保有者又は銀行、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まいります。

令和 年 月 日

<本人（被保険者）>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名