

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 利府町長 熊谷 大殿

令和 年度

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			
被保険者氏名 (申請者)	被保険者番号		
	個人番号		
	生年月日	年	月 日
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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号 ()	
	市町村民税賦課期日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 本年1月1日(申請が1月から7月までの場合は前年1月1日)時点の住所を記入してください。	
	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 80.9 万円以下です。(受給している年金に○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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80.9 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	※内容を記入して下さい

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地) 〒	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、別世帯の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

(申請先) 利府町長 熊谷 大 殿

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、利府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 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名