

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

由仁町長 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の申請をします。

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		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	〒 _____ 電話番号 _____							
	本年1月1日現在の住所 <small>（現住所と異なる場合）</small>								
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税								

収入および預貯金等に関する申告	<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	受給している全ての保険者に○してください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	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○をつけてください） ※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。 預貯金、有価証券等の金額の合計が 650万円（夫婦は1,650万円）以下 です。 ※65歳未満の場合、1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下です。以下同じ。			
	<input type="checkbox"/>	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80万円超え120万円以下 です。（受給している年金に○をつけてください） 預貯金、有価証券等の金額の合計が 550万円（夫婦は1,550万円）以下 です。			
	<input type="checkbox"/>	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120万円を超え ます。（受給している年金に○をつけてください） 預貯金、有価証券等の金額の合計が 500万円（夫婦は1,500万円）以下 です。			
	預貯金額	円		有価証券 <small>（評価概算額）</small>	円
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					

申請者が被保険者本人の場合は、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居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。
- （5） 裏面事項に同意がない場合は、内容を確認できないものとして申請を却下する場合があります。

同意書

由仁町長 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、由仁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