

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

川根本町長 様

関係書類を添えて、次のとおり食費・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・平	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		「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																			
	氏 名																			
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	個人番号																
	住 所	電話番号																		
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)																			
	課税状況	住民税 課税 ・ 非課税																		

収入等及び 預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者又は住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 預貯金、有価証券等の合計額が、1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金※・障害年金】収入額合計額が年額80万円以下です。 ※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、有価証券等の合計額が、650万円(夫婦は1,650万円)以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金・障害年金】収入額合計額が年額80万円超120万円以下です。 預貯金、有価証券等の合計額が、550万円(夫婦は1,550万円)以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	住民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金【遺族年金・障害年金】収入額合計額が年額120万円超です。 預貯金、有価証券等の合計額が、500万円(夫婦は1,500万円)以下です。																		
	※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおりに																			
	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。

※申請者が被保険者本人の場合は、次の欄の記入は不要です。

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)

- この申請書における「配偶者」は、世帯分離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、同じ種類のを複数保有している場合はその全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 枠内に収まらない場合は、余白に記入(又は別紙に記入し添付)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の返還及び支給された額に最大で2を乗じた額の加算金を納付していただくことがあります。

【裏面への記入もお願いします】

同 意 書

川根本町長 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、川根本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

※町記入欄

世帯課税状況		<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 転入	年金受給額	課税年金				
本人	第(1号・2号)被保険者	給付減額					非課税年金			
	<input type="checkbox"/> 生活保護(1) <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金(1)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					非課税年金			
	<input type="checkbox"/> 収入等80万円以下(2) <input type="checkbox"/> 収入等80万円超120万円以下(3①) <input type="checkbox"/> 収入等120万円超(3②)	第 段 階					合計			
配偶者	<input type="checkbox"/> 有(非課税・課税)、(同一・別)世帯 ⇒別世帯の場合要照会				決定区分	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認				
	<input type="checkbox"/> 無				利用者負担段階	第(1・2・3①・3②)段階				
					適用年月日	令和	年	月	日	
預貯金等	<input type="checkbox"/> 第1段階(単身1000万円・夫婦2000万円)以下 <input type="checkbox"/> 第2段階(単身650万円・夫婦1650万円)以下 <input type="checkbox"/> 第3段階①(単身550万円・夫婦1550万円)以下 <input type="checkbox"/> 第3段階②(単身500万円・夫婦1500万円)以下 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者(単身1000万円・夫婦2000万円)以下 <input type="checkbox"/> 基準額超過				有効期限	令和	年	月	日	
					交付年月日	令和	年	月	日	
					入力	交付				

※町にて記入しますので、記入しないでください。