

介護保険負担限度額認定申請書

() 年度

令和 年 月 日

(申請先)

久万高原町長

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							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号					
住 所	〒		—		連絡先					
送付先住所	〒		—		様方 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 （※）	平成・令和	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									
	氏 名									
	生年月日	明・大・昭	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"/>	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								
	<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。 <small>（受給している年金に○してください。）</small> ※ 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"/>	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80万円を超え ます。 <small>（受給している年金に○してください。）</small>								
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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり								
	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には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	昼間ご連絡のつく電話番号
申請者住所	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、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。
- 配偶者の課税状況については、その配偶者の住所が町外にある場合は、最新年度の課税証明書(写)を添付してください。
- 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うえ添付してください。
- 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。

裏面に同意書あり

同意書

久万高原町 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、貴市(町村)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

代筆者:氏名