

介護保険負担限度額認定申請書 ()年度分

年 月 日

久万高原町長 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	性別	男						女			
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 （※）	所在地														
	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	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										

非課税年金の有無	有・無		年金種別	遺族年金※・障害年金		※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。				非課税年金「有」の場合は、受給している年金に○してください。			
収入等に関する申告	負担段階		収入区分				預貯金等の合計額						
	第1段階	<input type="checkbox"/>	・生活保護受給者 ・市町村民税非課税世帯である高齢福祉年金受給者				単身1000万円（夫婦2000万）以下						
	第2段階	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税	年金収入額（※） + その他の合計所得金額	80万円以下		単身650万円（夫婦1650万）以下						
	第3段階①	<input type="checkbox"/>			80万円超 ～ 120万円以下		単身550万円（夫婦1550万）以下						
	第3段階②	<input type="checkbox"/>			120万円超		単身500万円（夫婦1500万）以下						
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は以下のとおりです。 ※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	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また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) 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。
- (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。

※裏面の同意書欄もご記入下さい。

受付	入力
----	----

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