

# 介護保険負担限度額認定申請書

立科町長 様

年 月 日

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	大・昭 年 月 日		性別		男・女											
住 所	〒 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(※)	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	大・昭・平 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"/>	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80万9千円以下です。 (受給している年金に○してください。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80万9千円を超え、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 ※通帳等の写しは 別 添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、 ④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。														
	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

立科町長 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、信託会社その他の金融機関（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、立科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