

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(申請先)

北海道厚岸郡浜中町長 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		保 険 者 番 号					
被保険者氏名	⑤	被 保 険 者 番 号					
		個 人 番 号					
生 年 月 日	明・大・昭	年		月		日	性 別
							男 ・ 女
住 所	〒	連 絡 先					
		電 話 番 号 ()					
入 所 (院) し た 介 護 保 険 施 設 の 所 在 及 び 名 称 (※)	〒	連 絡 先					
		電 話 番 号 ()					
入所(院)年月日 (※)	昭・平	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。
施設の種類の	1. 特別養護老人ホーム 2. 老人保健施設 3. 介護療養型医療施設 4. ショートステイ						

配偶者の有無 (事実婚も含む)	有 ・ 無	※世帯分離している配偶者又は内縁関係者を含みます。 ※左記において「無」の場合は、以下の配偶者に関する記載は不要です。											
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ												
	配偶者の氏名												
	生 年 月 日	明・大・昭	年		月		日	個 人 番 号					
	住 所	〒	連 絡 先										
			電 話 番 号 ()										
本年1月1日の住所 (現住所と異なる場合のみ)	〒												
配偶者の課税状況	【市町村民税】 課税 ・ 非課税 ※いずれかに○を付けてください。												

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老齢福祉年金受給者 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○して下さい。)	受給している全ての 年金の保険者に ○して下さい 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"/>	※ 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。 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。 (受給している年金に○して下さい。)	
預貯金等に関する報告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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

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】

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 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。

浜中町記入欄(ここからは記入しないでください)

<input type="checkbox"/>	生活保護受給	<input type="checkbox"/>	80万円以下	<input type="checkbox"/>	80万円超	<input type="checkbox"/>	世帯課税
<input type="checkbox"/>	老齢福祉年金受給			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	別居の配偶者課税
<input type="checkbox"/>	第1段階	<input type="checkbox"/>	第2段階	<input type="checkbox"/>	第3段階	<input type="checkbox"/>	預貯金額基準超
						<input type="checkbox"/>	第4段階
交付年月日	備 考						
年 月 日							
適用年月日							
年 月 日							
有効期限							
年 月 日							

預貯金基準			
<input type="checkbox"/>	単身	<input type="checkbox"/>	夫婦
(申告額計 円)			
<input type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/>	非該当

同意書

北海道厚岸郡浜中町長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

平成 年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

印

< 配偶者 >

住所

氏名

印