

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

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・令 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。	
施設の種類の種類	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	① <input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者	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
	② <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。(受給している年金に○して下さい。) ※ 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。	
	③ (1) <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80万円超～120万円以下です。(受給している年金に○して下さい。)	
	③ (2) <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120万円を超えます。(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、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。(※) 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

(※) 預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり ※内容を記入してください

- ① 単身 1,000万円、夫婦合計 2,000万円以下 ② 単身 650万円、夫婦合計 1,650万円以下
 - ③ (1) 単身 550万円、夫婦合計 1,550万円以下 ③ (2) 単身 500万円、夫婦合計 1,500万円以下
- * 第2号被保険者は、段階に関わらず単身 1,000万円、夫婦合計 2,000万円以下

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。
- (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下さい。
- (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

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。

令和 年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

印

< 配偶者 >

住所

氏名

印