

介護保険負担限度額認定申請書

大島郡龍郷町長 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。

年 月 日

フリガナ			保 険 者 番 号			4	6	5	2	7	8	
被保険者氏名			被 保 険 者 番 号	5	2	7	0	0				
生 年 月 日	年	月	日	個 人 番 号								
住 所	電 話 番 号											
入所(院)した介護 保険施設の所在 地及び名称(※)	電 話 番 号											
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、 記入不要です。									
配偶者に関する事項	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	年	月	日	個 人 番 号							
	住 所	電 話 番 号										
	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/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"/>	② 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"/>	③-1 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、120万円以下 です。										
	<input type="checkbox"/>	③-2 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 。										
預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券 にかかる通帳等の 写しは別紙のとおり	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、 ③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2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、①、②、③-1、③-2の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。										
	預貯金額			有価証券 (評価概算額)			その他 (現金・負債を含む)			()※	円	

※内容を記入してください

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先) 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。
- 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上添付してください。
- 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。
- 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

同意書

龍郷町長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

<代筆者>

氏名

本人との関係