

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 内灘町長

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	⑤			個人番号		
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女	
住所	〒			電話番号		
入所(院)施設の所在地及び名称	所在地	電話番号				※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は記入不要です
	名称					
入所(院)年月日	年 月 日					

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			個人番号	
	氏名			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日
	住所 ※同居の場合は記入不要	〒		電話番号	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		左記を記入した場合 配偶者の市町村民税課税状況 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告 【 】の受給している年金及び年金保険者に○を付けてください。	☐	生活保護受給者／市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	市町村民税非課税であって、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80万円以下の方				【年金保険者】 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	☐	市町村民税非課税であって、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80万円以上の方				
預貯金等の申告(夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また通帳等の写しを添付してください。					
	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

※内容をご記入ください

注意事項

- (1)この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2)この申請書における「遺族年金」については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。
- (3)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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)を超える場合、支給対象外となります。
- (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。

※裏面の同意書に記入をお願いします。

同 意 書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。また、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。

年 月 日

＜本 人＞ 住所

氏名

印

＜配偶者＞ 住所

氏名

印

申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。

フリガナ		事業所が提出する 場合は名称等を記入	
申請者氏名		連絡先	
申請者住所			本人との関係

内灘町記入欄	交付(通知)年月日	生活保護	利用負担段階		第 段階	結 果	
	年 月 日	有 ・ 無	判定所得金額		円	1. 該当	
		老福年金	内 訳	合計所得	円	2. 非該当	
	適用年月日	有 ・ 無		年金合計	円	事 由	(本人・家族・配偶者)課税
	年 月 日	保険料		公的年金	円		預貯金等合計額超過
		から		第 段階	非課税年金	円	3. 未申告(本人・家族・配偶者)
	有効期限	給付制限	預貯金等合計額		円	備 考	
	年 月 日 まで	有 ・ 無	配偶者課税状況		課税 ・ 非課税		