

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(申請先) 信濃町長

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											
被保険者氏名	(印)										
	被保険者番号										
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地及び名称※	所在地									連絡先電話番号	
	名称										
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。				

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	明・大・昭	年		月		日	個人番号										
	住所	連絡先電話番号																
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）											申請日が8～12月の場合は当年、1月～7月の場合は前年の1月1日現在の住所を記入してください。						
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"/>	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"/>	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。 <small>(受給している年金に○をして下さい)</small> ※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"/>	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。 <small>(受給している年金に○をして下さい)</small>									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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									
被保険者	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む)	※()	円				
配偶者	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む)	※()	円				
合計	預貯金額	円	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。

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	連絡先電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係（続柄）

※裏面もご記入ください

<注意事項>

- (1) この申請書における「配偶者」については、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、通帳の写しを添付してください。
- (3) 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

信濃町長 宛

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、信濃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。

平成 年 月 日

<本人>

住所

氏名 _____ (印)

<配偶者>

住所

氏名 _____ (印)

※信濃町記入欄

交付年月日	平成 年 月 日				利用者負担 第 _____ 段階 ・ 非該当
適用年月日	平成 年 月 日から				
有効期限	平成 年 7月 31日まで				
決裁欄	課長	係長	起案者	係	備考
					○市町村民税 世帯課税 ・ 世帯非課税
					○合計所得金額 _____ 円
					非課税年金収入額 _____ 円
					課税年金収入額 _____ 円