

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号			3	0	3	6	6	9
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	大・昭 年 月 日生										
住 所	〒 電話番号 () -										
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には、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	大・昭 年 月 日生		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)	〒 電話番号 () -									
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税										
収入等に関する申告	☐ ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 ☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。(↑受給している年金に〇して下さい。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。 ☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。 ☐ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
預貯金に関する申告(配偶者分も含)	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤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、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券等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		現金	円		負債	円
有田川町長 中山 正隆 様 上記のとおり、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 続柄() 電話番号 () -											
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、すべての金額を合計した金額を記入して下さい。(本人及び配偶者分) ○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頂くことがあります。											

※預貯金等が確認できる書類(通帳の写し)、同意書と共に申請して下さい。

同意書

有田川町長 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、有田川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

〈配偶者〉

住所

氏名
