

介護保険負担限度額認定申請書【新規】

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	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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80万円を超え、120万円以下です。
	<input type="checkbox"/> 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 （配偶者分も含む）	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

有田川町長 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
