

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)  
上ノ国町長 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。

フリガナ				被保険者番号															
被保険者氏名				個人番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女													
住所	連絡先																		
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先																		
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令	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														
	住所	連絡先																	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)																		
課税状況	市民税課税	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 (受給している年金に○してください) ※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															受給している全ての年金の保険者に○して下さい  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
<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。 (受給している年金に○してください)																	
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紙のとおり																
	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、下記については記載不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
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また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。

# 同意書

上ノ国町長 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、貴市（町村）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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印