

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

美浜町長 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	年	月	日	性 別	男 ・ 女															
住 所	電話番号																			
入所(院)した介護 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	年	月	日	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)																		
	課 税 状 況	市町村住民税 課税 ・ 非課税																	

収 入 等 に 関 する 申 告	☐	生活保護受給者／ 市町村住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					預 貯 金 等 の 基 準 額	1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下		
	☐	市町村住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 80.9 万円以下です。※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。						650 万円(夫婦は 1,650 万円)以下		
	☐	市町村住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 80.9 万円を超え 120 万以下です。						550 万円(夫婦は 1,550 万円)以下		
	☐	市町村住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 120 万円を超えます。						500 万円(夫婦は 1,500 万円)以下		
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり								
	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				

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。

※内容を記入してください

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)※日中連絡のつきやすい番号
申請者住所	本人との関係

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。
- (3) 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。
- (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

美浜町長 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。)に私及び私の配偶者(内縁関係を含む。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、美浜町長の報告請求に対し、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。

年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____