

介護保険負担限度額認定申請書 兼 同意書

認定証送付先
 自宅(通知送付先)
 施設(入所のみ)

令和 年 月 日

大子町長 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。

なお、認定のために必要があるときは、銀行又は信託会社、年金保険者その他の関係機関に、私及び私の配偶者に係る課税状況及び保有する預貯金等の残高について、報告を求めることに同意します。

被保険者に関する事項・同意欄	フリガナ											被保険者番号	0	0	0								
	被保険者氏名 (押印不要)											個人番号											
	生年月日	大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女																
	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は、記入不要です。																
配偶者に関する事項・同意欄	配偶者の有無	有・無					「無」の場合は、「配偶者に関する事項・同意欄」についての記載は不要です。																
	フリガナ											個人番号											
	氏名 (押印不要)											生年月日	大正・昭和	年	月	日生							
	住所	〒										電話番号											
	本年1月1日現在の住所	〒										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"/>	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	預貯金等の合計額	単身:1,000万円以下 夫婦:2,000万円以下
	<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】の合計額が年額80万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。		単身:650万円以下 夫婦:1,650万円以下
	<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】の合計額が年額80万円超120万円以下		単身:550万円以下 夫婦:1,550万円以下
	<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】の合計額が年額120万円超		単身:500万円以下 夫婦:1,500万円以下

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上表「預貯金等の合計額」に該当する ※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	有価証券等	円	その他 (現金・負債を含む)	円	

申請者氏名	(押印不要)	本人との関係
申請者住所	電話番号	

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) 預貯金額(普通・定期)については、複数の金融機関に口座がある場合は、その全ての合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 有価証券等(有価証券、金・銀、投資信託)については、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。