

介護保険負担限度額認定申請書

朝日町長 殿

令和 年 月 日

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			保険者番号					0	6	3	2	3	0	
被保険者氏名	印	被保険者番号		0	0	0	0							
		個人番号												
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別		男・女							
住所	〒		TEL:											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒		TEL:											
入所(院)年月日(※)	平成・令和	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	明治・大正・昭和	年	月	日	個人番号								
	住所	〒		TEL:										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒		TEL:										
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／市町村民税非課税である高齢年金受給者です。												
	<input type="checkbox"/>	②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80万円以下です。										受給しているすべての年金の保険者に○をしてください 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"/>	③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、120万円以下です。												
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額(遺族年金・障害年金)収入額の合計額が年額120万円をこえます。												
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、第1号被保険者の①の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下、②の場合は650万円(同1,650万円)以下、③の場合は550万円以下(同1,550万円)以下、④の場合は500万円(同1,550万円)以下で第2号被保険者(40～64歳)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※全ての預貯金、有価証券等に係る通帳の写しを提出します。												
	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、下記について記載は不要です。

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

- (1) この申請における「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。
- (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

朝日町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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、報告を求めらるることに同意します。

また、朝日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

(署名又は記名押印)

<配偶者>

住 所

氏 名

(署名又は記名押印)