

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

藍住町長

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	〒										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	明・大・昭	年	月	日	個人番号										
	住所	〒														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)															
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税															

<small>※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。</small>			対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）			
収入・預貯金等に関する申告	<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	1000万円（2000万円）以下			
	<input type="checkbox"/>	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	650万円（1650万円）以下			
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が市町村民税非課税 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	550万円（1550万円）以下			
	<input type="checkbox"/>	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120万円超	500万円（1500万円）以下			
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※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

※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) 65歳未満（第2号被保険者）の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下となります。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。

※ 裏面も御記入下さい。

同意書

藍住町長 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。

年 月 日

<本人>
住所
氏名

<配偶者>
住所
氏名

※本人、配偶者の自署でない場合は、押印をしてください。

※申請者が成年後見人等の場合は、被後見人氏名と成年後見人等の氏名
(例：藍住太郎 成年後見人〇〇〇)、成年後見人等の住所をご記入ください。
また、併せて登記事項証明書の写しを添付してください。