

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

宮代町長

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		年 月 日		性別										
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（※）		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、記載不要です。										
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		〒		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/②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"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。（受給している年金に○してください。以下に同じ。） <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>												
		<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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円超え、120 万円以下です。												
		<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超えます。												
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額が②の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）、③の方は 650 万円（同 1650 万円）、④の方は 550 万円（同 1550 万円）、⑤の方は 500 万円（同 1500 万円）以下です。 ※第 2 号被保険者（40 歳以上 64 歳以下）の場合、③～⑤の方は 1000 万円（夫婦は 2000 万円）以下です。												
		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	（ ）※				円		
申請者が被保険者本人の場合は、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) 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、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

宮代町長

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、宮代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