

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 内子町長

年度

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 (申請者)		個人番号			
		生年月日	年	月	日
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、記入不要です。			
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号			
	氏名	生年月日	年	月	日
	住所	電話番号			
	市町村民税賦課期日現在の住所(現住所と異なる場合)	本年1月1日(申請が1月から7月までの場合は前年1月1日)時点の住所を記入してください。			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税				

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	無 ・ 有 (遺族年金 ・ 障害年金) ※遺族年金には、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。			
	<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、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、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。			
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が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) (内容) 円

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
提出者住所(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 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。
- 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。
- 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。

保険者 確認欄	備考	受付	入力	確認

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

(宛先) 内子町長

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、内子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