

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

田布施町長 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。

ふりがな			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（※）	昭・平・令	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	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。「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	ふりがな									
	氏名									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号				
	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	<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 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額（※）と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額（※）と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。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額（※）と合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 （※）遺族年金または障害年金を受給している場合は、以下に記入してください。								
	年金種類	<input type="checkbox"/> 遺族年金（※） <input type="checkbox"/> 障害年金 （※）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。							
	年金保険者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済							

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名		電話番号	
申請者住所		本人との関係	

注意事項

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (2) 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。
- (3) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費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。

町記入欄

適用年月日	備 考		
年 月 日	住民税世帯 課税 ・ 非課税	生保 有・無	老福 有・無
から	合計所得 円 課税年金収入 円 非課税年金収入 円	第 段階	
有効期限			
年 月 日			
まで			

被保険者氏名：

預貯金等に関する申告	預貯金等の金額の合計額が <input type="checkbox"/> 1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下 <input type="checkbox"/> 650万円（夫婦の場合は1,650万円）以下 <input type="checkbox"/> 550万円（夫婦の場合は1,550万円）以下 <input type="checkbox"/> 500万円（夫婦の場合は1,500万円）以下 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別途のとおり 【申請日の直近2ヶ月以内の写し等を添付】				
	合 計		円		
	預貯金額 (※1)	円	有価証券 (※2) <small>(評価概算額)</small>	円	その他 (※3) <small>(現金・負債を含む)</small>

	口座名義	金融機関名	口座種別	口座番号	金 額
預貯金額 (※1)					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円

	氏名	種類	金額
有価証券 (※2)			円
			円
			円
			円

	氏名	種類	金額
その他 (※3)			円
			円
			円
			円

同 意 書

田布施町長 様

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、田布施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： _____