

介護保険負担限度額認定申請書

裏面あり

令和 年 月 日

安芸太田町長 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。

本人に関する事項	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																	
	住所	〒 () -																	
	入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地																	
	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。																

配偶者に関する事項	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。															
	世帯	住民登録上	同一世帯 ・ 別世帯(町内在住) ・ 別世帯(町外在住)																
	フリガナ		被保険者番号																
	氏名		個人番号																
	生年月日	明・大・昭 年 月 日			〒 () -														
	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															

収入および預貯金等に関する申告	<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高齢福祉年金受給者です。																	
	<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。 ※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。																	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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80万円を超え、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。																	
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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											

※内容を記入してください。

申請者が本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	〒 (自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係(法定代理人可)

裏面に注意事項がありますので、必ずお読みください。

※保険者記入欄(下記の欄は記入不要)

認 定	交付年月日	受 付 印
<input type="checkbox"/> 年度世帯課税状況 課税 ・ 非課税	令和 年 月 日	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
<input type="checkbox"/> 高齢福祉年金 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 生活保護 有 ・ 無	有効期間	
<input type="checkbox"/> 合計所得金額+課税非課税年金収入額 120万円超・ 80万円超 ・ 80万円以下	自 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 預貯金等 基準内 ・ 基準外 <input type="checkbox"/> 段階区分 1・2・3①・3②・非該当	至 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他 ()	対 応 者	
	交 付 照 合 入 力 処 理 受 付	

(裏面)

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

安芸太田町長 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、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。

令和 年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____

代筆者氏名 _____

続柄 _____

代筆理由 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____

代筆者氏名 _____

続柄 _____

代筆理由 _____