

介護保険負担限度額認定申請書

申請年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

(申請者)

松野町長

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		被保険者氏名		被保険者番号	
氏名	氏	名	個人番号		
生年月日			性別		
<input type="checkbox"/> 明治	年	<input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日
<input type="checkbox"/> 大正					
<input type="checkbox"/> 昭和					
住所		電話番号			
〒		-			
		<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区
		<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 村
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)		電話番号			
〒		-			
		<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区
		<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 村
入所(院)年月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	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、記入は不要です。					

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	配偶者の有無が「無」の場合、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	被保険者氏名		個人番号	
	氏名	氏	名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治
					<input type="checkbox"/> 大正
					<input type="checkbox"/> 昭和
		年	月	日	
	住所	電話番号			
	〒	-			
		<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区
		<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 村
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	電話番号				
	〒	-			
		<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	<input type="checkbox"/> 市	<input type="checkbox"/> 区
		<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 町	<input type="checkbox"/> 村
課税状況	市町村民税	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受給			

※裏面にも必要事項を記入してください
384844-023-120-1A

非課税年金の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	非課税年金が「有」の場合は、右記の年金種類について当てはまるに☑してください。	年金の種類別	<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。
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	1:本人(被保険者)が生活保護受給者/2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が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り、かつ本人の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			
	<input type="checkbox"/>	4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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			
	<input type="checkbox"/>	5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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120万円を超える			

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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			
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)
					※() 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、以下の記載は不要です。

申請者氏名	氏	名	本人との関係
住所	〒	-	
	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村		
	電話番号	-	-

注意事項

- 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。
- 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、その全てを記入し、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。

同意書

(宛先)松野町長

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、松野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 _____

(自署)
氏名 _____

<配偶者>

住 所 _____

(自署)
氏名 _____