介護保険負担限度額認定申請書

令和3年8月以降更新分

次のとおり、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			
生年月日	年　月　日	個人番号	
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			
※「□」にレ点を入れて下さい ※【　】内の年金を受給されている方は「〇」をつけて下さい	□	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	受給している全ての年金の保険者に「〇」してください。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済
	□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 **遺族年金※・障害年金** 】収入額の合計額が年額80万円以下です。　**(受給している年金に「〇」をつけてください)** ※ 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	
	□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 **遺族年金※・障害年金** 】収入額の合計額が年額80万円を超え、年間120万円以下です。　**(受給している年金に「〇」をつけてください)**	
	□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 **遺族年金※・障害年金** 】収入額の合計額が年額120万円を超えます。　**(受給している年金に「〇」をつけてください)**	

預貯金等に関する申告						
	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が、基準以下です。 (第2段階650万円、第3段階①550万円、第3段階②500万円以下。配偶者がいる場合は+1千万円)				
	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。

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅 ・ 勤務先)
申請者住所　〒	本人との関係

特記事項

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所有している場合は、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、介護保健法第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。

(5) 介護保険法施行規則第83条の5第2・4号に該当する申請には別の申請書の提出も必要となります。

同　意　書

増毛町長　殿

　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（内縁関係のものを含む。以下同じ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、報告を求める事に同意します。

　令和　　年　　月　　日

＜被保険者本人＞
住 所

氏 名

＜配偶者＞
住 所

氏 名

＜代筆の場合＞
（被保険者欄の代筆者）
住 所

氏 名　　（関係）

（配偶者欄の代筆者）
住 所

氏 名　　（関係）