

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 越前町長 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。

フリガナ			被保険者番号	0	0	0									
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	〒		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(※)	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		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	明	・	大	・	昭	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)	〒																	
	市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税																	

収入等に関する申告 受給している全ての年金の保険者を○で囲んでください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	<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	預貯金等の基準額	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下				
	<input type="checkbox"/>	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。 ※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。		650万円(夫婦は1,650万円)以下				
	<input type="checkbox"/>	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120万円以下です。		550万円(夫婦は1,550万円)以下				
	<input type="checkbox"/>	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。		500万円(夫婦は1,500万円)以下				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は預貯金等の基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり						
	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

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)※日中連絡可能な番号
申請者住所 〒	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、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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- 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下さい。
- 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

越前町長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

㊞

<配偶者>

住所

氏名

㊞