

介護保険負担限度額認定申請書<記入例>

①提出する日付
をご記入ください。 → 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	エチゼン ハナコ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
被保険者氏名	越前 花子 ㊞		個人番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
生年月日	明・大・昭	××年××月××日	性別	男・女									
住所	〒916-0141 越前町西田中13-5-1		②介護サービスをご利用の方の各情報をご記入・押印ください。		連絡先 0778-34-1234								
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	特別養護老人ホーム ○○○○○○		連絡先 0778-34-5678										
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		③配偶者の有無のいずれかに○をし、【有】の場合は配偶者の各情報をご記入ください。[市町村民税課税状況]が不明な場合は空白で結構です。)										
フリガナ	エチゼン タロウ		配偶者に関する事項										
氏名	越前 太郎		個人番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
生年月日	明・大・昭	××年××月××日	住所										
住所	〒916-0147 越前町内郡13-19-3		連絡先 0778-34-9012										
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		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者	1,000万円(夫婦は1,550万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者 課税年金収入額と合計所得金額が年額80万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母	550万円(夫婦は1,550万円)以下			
	<input checked="" 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。	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"/>	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。				
	<input checked="" 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						

④介護サービスをご利用の方の収入状況について、当てはまるものにチェックを入れてください。不明な場合は空白で結構です。また、受給している年金と遺族年金・障害年金を受給している場合は受給している年金にそれぞれ○をつけてください。

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)※日中連絡可能な番号
申請者住所	〒

⑤「預貯金等の基準額」の範囲内であることを確認し、チェックを入れて下さい。また、預貯金額等の欄には、金額(夫婦の場合は合計額)をご記入ください。※記入した金額が確認できる通帳の写し(表紙と最終残高を含む申請日の直近2カ月以内のページ)などを必ず添付してください。夫婦の場合は2名分必要です。

⑥申請書を記入された方の氏名・住所・連絡先をご記入ください。[本人との関係]欄には、介護サービスをご利用の方との関係をご記入ください。なお、申請者がご本人の場合は記入不要です。

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

「同意書」の同意内容をご確認いただき、①から③までの順に従ってご記入をお願いします。不備があると、再提出をお願いする場合がありますのでご注意ください。

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

①記入日をご記入ください。

<本人>

住所

氏名

②住所及び氏名をご記入・押印ください。

印

<配偶者>

住所

氏名

③配偶者がおられる場合は、配偶者の住所及び氏名をご記入・押印ください。

印

★提出前に今一度ご確認ください。

- 介護保険負担限度額認定申請書及び同意書の記入・押印漏れ
- 通帳(普通・定期等)の写しなど預貯金等額がわかるものを添付(負債がある場合には借用書等の写し)