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	□	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
	□	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
	□	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
	□	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	□	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

(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下さい。

(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下さい。

(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

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　　㊞　※

※本人署名の場合は押印省略可

〈配偶者〉
住所
氏名　　㊞　※

※配偶者署名の場合は押印省略可