

介護保険負担限度額認定申請書

大郷町長 殿

		申請日	年	月	日
フリガナ	被保険者番号				
被保険者氏名	個人番号				
	性別	男 ・ 女			
生年月日	年	月	日		
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		
			入所年月日	年	月 日

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、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	
	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のみ記入			
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と年金以外の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下 ※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。			受給している全ての年金の保険者に”○”をつけてください。 日本年金機構 (地方・国家) 公務員共済 私学共済	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と年金以外の合計所得金額と【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				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と年金以外の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円超				
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円		

※内容を記入してください

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。)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の上、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

申請者 (被保険者)	住所	氏名
被保険者の 配偶者	住所	氏名

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所有している場合は、その合計を記入してください。また、金融機関名、口座番号、口座名義、記帳内容を確認しますので、申請日直近に記帳した通帳等の写しをご提出ください。
- 内訳を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。