

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(申請先)

神流町長 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 被保険者氏名	被保険者番号																	
	個人番号																	
	性別		男 ・ 女															
生年月日	明・大・昭 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(院)年月日(※)	平成 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、記入不要です。															
配偶者に関する事項	フリガナ																	
	氏名																	
	生年月日	明・大・昭・平 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)																	
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、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。															
	<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の合計額が年額80万円を超えます。															
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が1,000万円(夫婦は2,000万円)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、下記については記入は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)															
申請者住所	本人との関係															

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、同じ書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ください。
- 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。

同意書

神流町長 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。

平成 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印
