

介護保険負担限度額認定申請書

令和 〇年 〇月 〇日

(申請先)

周防大島町長 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	オオシマ タロウ		被保険者番号															
被保険者氏名	大島 太郎		個人番号															
生 年 月 日	明・大・昭	〇年 〇月 〇日 生																
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 周防大島町大字〇〇・・・ 連絡先 0820-〇〇-〇〇〇〇																	
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇 〇 〇 〇 (町内の施設は施設名の記入のみでよいです)																	
入 所 (院) 年 月 日(※)	令和〇年 〇月 〇日		(※)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	オオシマ ハナコ																
	氏 名	大島 花子																
	生年月日	明・大・昭	〇年 〇月 〇日 生	個人番号														
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 周防大島町大字〇〇・・・ 連絡先 0820-〇〇-〇〇〇〇																
	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	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。以下同じ) ※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。																
	☒	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。																
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。																
預貯金等に関する申告	☒	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。																
	預貯金額	400万 円	有価証券(評価概算額)	0 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は、下記について記載は不要です。

申請者氏名	大島 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	〇〇県〇〇市・・・	本人との関係	子

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。

※裏面、同意欄のご記入をお願いいたします。

同意書

周防大島町長 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。)にわたくし及び配偶者(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、周防大島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。

令和〇年 〇月 〇日

《本人》

住所	周防大島町大字〇〇
氏名	大島 太郎

《配偶者》

住所	周防大島町大字〇〇
氏名	大島 花子

周防大島町記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)			
適用年月日				
年 月 日	非課税世帯・課税世帯・資産超過および配偶者課税 生活保護世帯・老齢福祉年金受給者			
から				
有効期限	課税年金額	非課税年金額	所得額	合計額
年 月 日	第 段階 (前回非課税世帯の第 段階) (境界層対象者)			
まで				