

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

那珂川町長 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				
被 保 険 者 氏 名				個人番号				
生 年 月 日	年	月	日	性 別	男 ・ 女			
住 所	〒			電話番号				
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)				電話番号				
入所(院)年月日 (※)	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	年	月	日	個人番号				
	住 所	〒			電話番号				
	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	預 貯 金 等 の 基 準 額	1,000 万円(夫婦は 2,000 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		
	<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 80 万円を超え 120 万以下です。		550 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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※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)※日中連絡のつきやすい番号
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。
- (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ください。
- (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

那珂川町長 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、那珂川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

<配偶者>

住所

氏名