

負担限度額認定申請書

安芸郡熊野町長 様

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|--------|--|---|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | 保険者番号 | 34309 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (※) | 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 | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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"/> | ①生活保護受給者／②市民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ③市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、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。(受給している年金に○をしてください。以下同じ) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金と含みます。以下同じ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ④市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、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ⑤市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、その他の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 | <input type="checkbox"/> | 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 | 円 | | | 有価証券 (評価概算額) | 円 | | | その他 (現金・負債を含む) | () 内容記入 円 | | | | | | | | |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|
| 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、支給された額及びその最大2倍に相当する額の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

熊野町長 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