

介護保険負担限度額認定申請書

裏面も記入ください

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	〒									
	連絡先電話番号									
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	利用施設形態をチェックしてください。(該当するものに <input checked="" type="checkbox"/>) 特養 老健 療養型 地域密着型 その他 (申請時未入所 短期入所(特養) 短期入所(老健・療養型))									
	名称					所在地				
	〒									
入所(院)年月日	昭 ・ 平					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					明 ・ 大 ・ 昭					年 月 日				
	住所														
	〒														
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒														
	連絡先電話番号														
課税状況	市町村民税					課税					・ 非課税				

収入等に関する申告	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									
	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。									
預貯金等に関する申告	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、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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			

苓北町長 様

上記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。所得状況の公募等による確認については承諾します。

平成 年 月 日

申請者

住所

氏名

電話番号()

<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、通帳の写しを添付してください。
- (3) 書ききれない場合は、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。

苓北町記入欄

交付年月日	平成 年 月 日	承認内容	利用者負担第1段階【食300】
適用年月日	平成 年 月 日から		利用者負担第2段階【食390】
有効期限	平成 年 7月 31日まで		利用者負担第3段階【食650】
交付方法	郵送(自宅) 郵送(施設) その他		第4段階特例減額 非該当

同意書

苓北町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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まいります。

平成 年 月 日

< 本人 >

住所 _____

氏名 _____

Ⓔ

< 配偶者 >

住所 _____

氏名 _____

Ⓔ