

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 ・ 令 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					個人番号					
	住所	〒										
		連絡先電話番号										
	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	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。（受給している年金に をしてください） 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。									
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と【遺族年金 ・ 障害年金】の合計額が年額80万円を超えます。（受給している年金に をしてください）									
	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			

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。

令和 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。
- (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	令和 年 月 日	承認 内容	利用者負担第1段階【食300】
適用年月日	令和 年 月 日から		利用者負担第2段階【食390】
有効期限	令和 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かまいません。

令和 年 月 日

< 本人 >

住所 _____

氏名 _____

⑩

< 配偶者 >

住所 _____

氏名 _____

⑩

記入例

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	苓北太郎										
	被保険者番号										
生年月日	明	大	昭	5	年	11	月	20	日		
住所	〒863-2503 苓北町志岐660番地										
	連絡先電話番号 0969-35-1111										
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	令	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										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	苓北花子											
	生年月日	明	大	昭	7	年	12	月	10	日	個人番号		
	住所	〒											
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒863-2503 苓北町志岐660番地											
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。(受給している年金に をしてください) 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。											
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と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に をしてください)											
	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	0 円			有価証券(評価概算額)	0 円			その他(現金・負債を含む)	(現金) 1,000,000 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。
 令和 年 月 日
 申請者 住所 苓北町志岐660番地
 氏名 苓北太郎 (印)
 電話番号 (0969-35-1111)

< 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。
- (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	令和 年 月 日	承認内容	利用者負担第1段階【食300】
適用年月日	令和 年 月 日から		利用者負担第2段階【食390】
有効期限	令和 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。

令和 年 月 日

< 本人 >

住所 苓北町志岐 6 6 0 番地

氏名 苓 北 太 郎

㊞

< 配偶者 >

住所 苓北町志岐 6 6 0 番地

氏名 苓 北 花 子

㊞