

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			被保険者番号																	
被保険者氏名			個人番号																	
生年月日	大正・昭和	年	月	日	性別					男・女										
住 所	南部町大字																			
	電話 () -																			
介護保険施設の所在地及び名称																				
	電話 () -																			
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 (別居や内縁関係を含む)		有・無		「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			生年月日	大正・昭和 年 月 日																
	氏 名			個人番号																	
	住 所																				
	本年1月1日現在の住所																				
	市町村民税課税状況	令和 年度市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 ・ <input type="checkbox"/> 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	受給しているすべての年金の保険者を○で囲んでください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 障害年金 (非課税) 遺族年金 (非課税) *確認: 年金額 (円) 課税年金 非課税年金 合 計		
	<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。(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。			
	<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 万円を超えます 。(受給している年金に○をしてください)			
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 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			
		区 分	被 保 険 者	配 偶 者	合 計
		預貯金額 (普通・定期)	円	円	円
		有価証券等	円	円	円
		その他 (現金・負債を含む)	円	円	円

(注意事項) 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。

(※) 裏面の「被保険者 (申請者) 氏名」「住所」「同意書」等も必ず記入してください。

(あて先) 南部町長 ※この欄は、負担度限度額を申請する場合、必ず記入します。

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。

令和 年 月 日

被保険者(申請者)本人 氏名
住所
電話 () -

(あて先) 南部町長 ※この欄は、被保険者が家族や施設職員に申請等を依頼する場合、記入します。

私は、下記の者に、「介護保険負担限度額認定申請書」の申請及び提出に関することを依頼します。

令和 年 月 日

<依頼を受けた者> 氏名 (被保険者との続柄: 家族・施設職員・その他)
〒
住所
電話 () -

※決定通知書あて先 本人現住所地・依頼者住所地

その他(住所)

町が金融機関等に確認を行う同意書

※この欄は、負担度限度額を申請する場合、必ず記入します。

(あて先) 南部町長

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、年金保険者または銀行、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、南部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 年 月 日

<被保険者(申請者)本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

これより南部町記入欄

<input type="checkbox"/> 認定します	適用年月日	令和 年 月 日 から
	有効期限	令和 年 月 日 まで
	負担段階	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階
<input type="checkbox"/> 認定しません	理由	<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 世帯外の配偶者が課税 <input type="checkbox"/> 預貯金超過