

介護保険負担限度額認定申請書

受付印

美咲町長 様

申請日 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 (マイナンバー)				
				生年月日	大・昭	年	月	日
住 所	〒			電話番号 ()				
入所(入院)した 介護保険施設の 名称及び所在地 (※)				入所(院)年月日	年	月	日	
	〒			(※)ショートステイ利用の場合は記入不要 電話 ()				

① 配偶者に関する事項

配偶者の有無 <small>※必ずご記入ください</small>	有 ・ 無	<small>※配偶者が亡くなっている場合は、「無」に○をしてください。 ※左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」の記載が不要です。</small>					
配偶者	フリガナ				個人番号		
	配偶者 氏 名				生年月日	大・昭	年 月 日
					住民税 課税状況	課税 ・ 非課税	
被保険者と異なる住所の場合記入(本年1月1日現在の住所)							

② 預貯金等に関する申告

収入等に関する申告	非課税年金の有無と種類 ※労災・恩給・弔慰金・給付金などは非課税年金に含まれません					<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 または 市町村民税世帯非課税である 老齢福祉年金受給者です。
	有 (遺族年金 ・ 障害年金) / 無						
	市町村民税世帯非課税者かつ 年金収入額(障害年金・遺族年金含む) とその他の合計所得金額の合計が以下のとおりです。 <small>※2号被保険者(65歳未満の方)は以下のいずれの収入額においても、「かつ、」以降の文章を「預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。」と読み替えてください。</small>						
	<input type="checkbox"/>	年額80万円以下		かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。			
<input type="checkbox"/>	年額80万円超え120万円以下		かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。				
<input type="checkbox"/>	年額120万円超え		かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。				
預貯金等の申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計は以下のとおりです。 ※ 預貯金、有価証券 にかかる 通帳等の写しを別添 のとおり提出します						
	預貯金額	本人	円	配偶者	円		
	有価証券 (評価概算額)	本人	円	配偶者	円		
	その他 (現金・負債含む)	本人	内容() 円	配偶者	内容() 円		
※本人・配偶者ともに預貯金、有価証券にかかる全ての通帳等の写しを必ず添付してください。					総合計	円	

【申請代理・代行者記入欄】(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。)

氏名				電話番号		
住所	〒			本人との 続柄		

〈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も含みます。
- 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。

【町記入欄】

交付	年 月 日	認定	年 月 日 ~ 年 月 日
適用	年 月 日	判定	1・2・3-1・3-2・非該当
有効期間	年 月 日		

裏面あり
必ず記入

同意書

美咲町長 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、美咲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

〈本人署名〉

氏 名

住 所

電話番号

()

〈代筆者署名〉 本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、本人の同意を得て代筆してください。

代筆者氏名

住 所

電 話 番 号

()

本人との続柄

〈配偶者署名〉

氏 名

住 所

電話番号

()

〈代筆者署名〉 配偶者本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、配偶者本人の同意を得て代筆してください。

代筆者氏名

住 所

電 話 番 号

()

配偶者本人との続柄