

介護保険負担限度額認定申請書

白浜町長 殿

平成 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	印	個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 女
住 所	〒 連絡先		
入所（院）した介護保健施設の所在地及び名称（※）	〒 連絡先		
入所（院）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	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"/>	生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者				
	<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。 <small>（受給している年金にOしてください）</small>		受給している全ての年金の保険者にOして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<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。				
<input type="checkbox"/> 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						
預貯金等に関する申告	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
申請者が本人の場合には、下記について記載は不要です。						

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

- (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ものを含みます。
- (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。

裏面もご記入ください

照 会 同 意 書

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、信託会社その他の機関に、私及び配偶者の収入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、照会することに同意します。

平成 年 月 日

(本人)

住所

氏名

⑩

(配偶者)

住所

氏名

⑩

※ 配偶者に関する事項

本年1月1日、配偶者の住民登録地が町外にあり、非課税である場合は、配偶者の非課税証明書を添付してください。

※ 預貯金等に関する申告

配偶者（内縁関係を含む）がいる場合は、夫婦の合計額を記入し、全ての通帳等の写しを添付してください。（金融機関名、口座名義人及び最終残高が確認できるもの）