

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先）

由良町長 様

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				
生 年 月 日	年	月	日	性 別	男 ・ 女			
住 所								電話番号
入所（院）した介護 保険施設の所在地 及び名称（※）								電話番号
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	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	年	月	日	個人番号				
	住 所								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	<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	預貯金等 の基準額	1,000万円（夫婦は 2,000万円）以下	
	<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。※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。		650万円（夫婦は 1,650万円）以下	
	<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 120 万以下です。		550万円（夫婦は 1,550万円）以下	
	<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 120 万円を超えます。		500万円（夫婦は 1,500万円）以下	
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は基準額以下です。 ※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）

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。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）※日中連絡のつきやすい番号
申請者住所	本人との関係

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

注意事項

同意書

由良町長 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、由良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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名