

介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

檜葉町長 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		性 別	男	・	女											
生 年 月 日	明	・	大	・	昭	年		月		日						
住 所	〒															
	連絡先 - -															
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒															
	連絡先 - -															
入所(院)年月日 (※)	昭	・	平	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				
	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/市町村民税世帯非課税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の合計額が年額80万円以下です。												
	<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の合計額が年額80万円を超えます。												
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												
	預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)		円	その他 (現金・負債を含む)	()	※	円				

※内容を記入してください

注意事項

- 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。

必要書類

預貯金等の要件等を確認できる次の書類等を添付してください。

- ・預貯金(普通・定期)…通帳の写し(銀行名・支店名・名義、最終残高(2か月前まで)の分かる部分)
- ・有価証券(株式・国債等)…証券会社や銀行の口座残高の写し
- ・負債(借入金・住宅ローン等)…借用書等

◎裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

同意書

檜葉町長 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、信託会社その他金融機関(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額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、檜葉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。

平成 年 月 日

<本人>
住所

氏名 印

<配偶者>
住所

氏名 印

郵送での交付を希望する場合は、送付先等下記にご記入ください。

希望送付先 〒	宛名
	連絡先 - -

◎提出前に、預貯金額等がわかる書類(口座の写し等)が添付されているか確認してください。

役場使用欄

交付年月日	備考(所得段階等を記入)
平成 年 月 日	
適用年月日	
平成 年 月 日 から	
有効期限	
平成 年 月 日 まで	