

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号	2	9	4	5	0	4
被保険者氏名			個人番号						
			被保険者番号	0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女					
住所	〒 連絡先								
入所中の施設等	名称								
	所在地								
	電話番号								
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			生年月日	大・昭・平 年 月 日				
	配偶者氏名			市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税				
	被保険者と別居している場合の住所								
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者 / ②市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者							
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※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"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。							
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。							
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②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。							
	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			
<p>下北山村長 南 正文 殿</p> <p>上記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。 (私の世帯及び収入・課税の状況並びに年金及び生活保護の受給状況の公簿による確認を承諾します。)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 連絡先 本人との関係</p>									
<p>注意事項</p> <p>1. この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者や内縁関係の者も含まれます。 2. 虚偽の申告により不正に特定者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。</p>									

同意書

下北山村長 南 正文 殿

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、村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>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印