

介護保険負担限度額認定申請書

明和町長 あて

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。

申請日は8月1日以降の日付をご記入下さい。

年 月 日

フリガナ	グンマ ハナコ		被保険者番号	
被保険者氏名	群馬花子		個人番号	
			生年月日	大 昭 2 年 10 月 28 日
住所	〒370-0708 明和町新里▲▲番地		12桁の個人番号を記入 ※原本確認をします。	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 374-××△△ 館林市●●町111-1 特別養護老人ホーム■園 電話番号 ●●-××××			
入所(院)年月日(※)	平・(令) 〇年 〇月 〇日	(※)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、記載不要です。		

配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 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	グンマ イチロウ		
	氏名	群馬 一郎		
	生年月日	大 (昭) 元 年 1 月 15 日	個人番号	
	住所	〒 370-0708 明和町新里▲▲ 電話番号 84-〇〇××		

生活保護を受給されている場合は、申請にあたって配偶者及び預貯金等の申告は不要です。

該当する欄の口にし点チェックをしてください。

収入及び資産に関する申告				
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者(市町村民税非課税)	配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦合計額をご記入ください。		
<input checked="" type="checkbox"/>	世帯全員	課税年金収入額と合計額が年額 80 万円未満	・預貯金額を記入し、通帳の写しを添付してください。	
<input type="checkbox"/>	(世帯分離をしている配偶者を含む)が住民税非課税	課税年金収入額と合計額が年額 80 万円以上 120 万円未満	(金融機関名・支店・口座番号・名義の分かる部分と、最終の残高が分かる部分の写しが必要です。)	
<input type="checkbox"/>		課税年金収入額と合計額が年額 120 万円以上	・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付して下さい。	
・「その他」の欄は、ご自宅等の手持ち現金、負債(借金)等をご記入ください。				
非課税年金の受給状況	<input checked="" type="checkbox"/> (1.遺族年金)寡婦年金 (2.母子年金、準母子年金、遺児年金含む) <input type="checkbox"/> 2.障害年金 <input type="checkbox"/> 3.受給なし			
預貯金額	12,250,000 円	有価証券(評価概算額)	1,000,000 円	その他(現金・負債を含む) (タンス預金)※ 100,000 円

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合は、記載不要です。

申請者氏名	特別〇〇〇〇 担当 花山 二郎	被保険者本人との関係	施設職員
申請者住所	館林市〇〇町 111-1 特別〇〇〇〇	日中連絡の取れる電話番号	●●-××××

申請者氏名住所は、申請書を提出されるかたをご記入ください。

配偶者のかたが提出される場合もご記入ください。

同意書

明和町長 あて

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、明和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。

私(被保険者本人)が負担すべき限度額について、利用しているサービス提供事業者に対して町が必要に応じて情報提供することに同意します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

<本人>

住所 明和町新里▲▲番地

氏名 群馬花子

<配偶者>

住所 明和町新里▲▲番地

氏名 群馬一郎

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者を含みます。
- (2) この申請書における「非課税年金」とは、基礎年金、厚生年金、共済年金等の障害年金、遺族年金をいいます。
- (3) この申請書における「遺族年金」については、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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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	生活保護	利用者負担段階	第 段階	今回の結果	
	年 月 日	有・無	所得要件 80万9千円以下 80万9千円超120万以下 120万円超	課税年金収入額+合計所得 金額+非課税年金収入額 円	1. 該当	
	適用年月日	老齢福祉年金			2. 非該当	
	年 月 日から	有・無	資産要件 1,000万円(2,000万円)以下 650万円(1,650万円)以下 550万円(1,550万円)以下 500万円(1,500万円)以下	預貯金等合計額 円	事由	課税 (本人・世帯・配偶者)
	有効期限	境界層				預貯金等合計額超過
	年 月 日まで	有・無	給付制限	円	3. 未申告 (本人・世帯・配偶者)	
	本人・世帯等の課税状況	給付制限				
	本人課税 有・無 世帯課税 有・無 配偶者課税 有・無	有・無 給付制限期間 年 月 日 ~ 年 月 日	備考欄			