

（表面）

介護保険負担限度額認定申請書 ※裏面も記入してください。

年 月 日

大 空 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												
被保険者氏名	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	性 別 男 ・ 女											
住 所	〒 明・大・昭・平・令 年 月 日											
	連絡先電話番号											
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	名称				所在地				〒			
	連絡先電話番号											
入所(院)年月日 (※)	昭・平・令 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。											
配偶者等の有無	有 ・ 無 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者等に関する事項」については、記載不要です。											
配 偶 者 等 に 関 す る 事 項	フリガナ											
	氏 名											
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日 個人番号										
	住 所	〒										
	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"/> ①生活保護受給者／②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"/> ③市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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○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市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】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市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】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	預貯金、有価証券等の金額の合計が①、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、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。

※申請者が被保険者本人の場合は、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先電話番号(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係(続柄)

(裏面)

[注意事項]

- (1) この申請書における「配偶者等」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。
- (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、通帳の写しを添付してください。(金融機関等名、口座の種類・番号、口座名及び通帳等残高が判明できること)
- (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。
- (5) 1月2日以降に転入した方は、世帯全員分の転入前の市町村の年金収入額、合計所得金額及び課税状況の記載のある課税証明書を必ず添付してください。

【大空町記入欄】

交付年月日	年 月 日	備考 (所得分布の状況等を記入)
適用年月日	年 月 日から	
有効期限	年 月 日まで	
交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送(自宅) <input type="checkbox"/> 郵送(施設) <input type="checkbox"/> その他	

同意書

大空町長様

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。)に対し、私及び配偶者等(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の市町村民税課税状況及び保有する預貯金、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、大空町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者等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 \_\_\_\_\_

<配偶者等>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_