

介護保険負担限度額認定申請書

様式 1

令和 年 月 日

(宛先) 柴田町長

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		保険者番号	043232			
被保険者氏名		個人番号				
		被保険者番号	0700			
生年月日	大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女			
住所	〒 ー	連絡先	()			
入所(院)介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 ー	連絡先	名称			
入所(院)年月日(※)	令和 年 月 日	結果送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 介護保険施設			

(※) 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(内縁関係を含む)	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		個人番号			
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日生		
	住所	〒 ー	連絡先			
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 ー	連絡先			
	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/市町村民税非課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。(受給している年金に○してください。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。				
	<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80万円を超えます。(受給している年金に○してください。)				
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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり				
	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

裏面に続く

同意書

(宛先) 柴田町長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び同居の世帯員の市町村民税課税状況について、また、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他機関に私及び配偶者の保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、調査することに同意します。

令和 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先 (自宅・携帯電話・勤務先)
提出者住所 (事業所が提出する場合、事業所及び所在地)	本人との関係

【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てください。
- (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。

【柴田町記入欄】

備		考		受付日
要介護度()	配偶者 (有・無)	該当	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階	
合計所得金額 … 円		非該当	<input type="checkbox"/> 第4段階	
課税年金収入額 … 円		【理由】		決定日
十)非課税年金収入額 … 円		<input type="checkbox"/> 町民税課税世帯であるため <input type="checkbox"/> 預貯金等の合計 (単身)1000万円以上 (夫婦)2000万円以上		発送日
	(人世帯)			