

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

綾歌郡宇多津町長 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		保険者番号				3	7	3	8	6	0
被保険者氏名		被保険者番号		0	0	0	0	0			
		個人番号									
生年月日											
住所		連絡先									
入所（院）した施設及び 介護保険施設 の名称（※）		連絡先									
入所（院） 年月日（※）		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	年 月 日		個人番号							
	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		☐ ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者									
		☐ 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。									
		☐ 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。									
		☐ 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 ※通帳等 の写しは別添		☐ 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 （評価額算額）	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には、下記について記載は不要です。

申請者氏名		連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所		本人との関係

注意事項

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。

同 意 書

宇多津町長 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、貴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。

年 月 日

(本人)

住所

氏名

印

(配偶者)

住所

氏名

印