

介護保険負担限度額認定申請書

決裁	課長	主幹・係長	係

(申請先) 粕屋町長

(申請日) 年 月 日

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				被保険者番号	3	4	9	0												
被保険者氏名				個人番号																
生年月日	明	・	大	・	昭	年		月		日	性別	男 ・ 女								
住所	〒 -			連絡先:																
入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)																				
入所(入院)年月日(※)				年				月			日	(※)介護保険施設に入所(入院)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 (内縁関係の者を含む)		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																				
	氏名																				
	生年月日	明	・	大	・	昭	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	

収入に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 / 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額	1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下)					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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○をして下さい)	※遺族年金には、 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。	650万円以下 (夫婦は1,650万円以下)					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○をして下さい)	受給している全ての年金に○をして下さい <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済	550万円以下 (夫婦は1,550万円以下)					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (受給している年金に○をして下さい)		500万円以下 (夫婦は1,500万円以下)					
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は、基準額以下です。 ※第2号被保険者基準額:1,000万円(夫婦2,000万円)以下 ※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 (概算評価額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※	円

申請者 (申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。) ※内容を記入して下さい

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先	(自宅・携帯・勤務先)

- 注意事項 (1)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下さい。
 (2)書ききれない場合は、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。
 (3)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。

粕屋町記入欄(所得分布の状況等)				R3.6			
世帯	本人・配偶者・子・その他()	交付年月日	年 月 日	課税	非課税・課税(世帯・本人)	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
所得	課税年金収入: 円	その他合計所得金額: 円	負担段階	第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・非該当			
	非課税年金収入(無し・遺族・障害): 円		番号確認	申請: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行(郵送)			
配偶者	無・有(課税: 非課税・課税)	本人:	代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任あり <input type="checkbox"/> 委任なし				
預貯金等	本人: 基準額 以下・超え, 夫婦: 基準額 以下・超え	配偶者:	申請者身元確認:				

同意書

粕屋町長 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、信託会社その他の機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(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

〈 配偶者 〉

住 所

氏 名