

# 介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(申請先) 阿賀町長

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				被保険者番号	0	0	0				
被保険者氏名	(印)	個人番号									
		性別	男 ・ 女								
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日										
住 所											
	連絡先 — —										
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒										
	連絡先 — —										
入所(院)年月日 (※)	昭 ・ 平 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	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
	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	<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									
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○をしてください)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。 ※寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。								受給している全ての年金の保険者に○をしてください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○をしてください)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。									
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		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む)	( )※					

0

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**

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者又は内縁関係者を含みます。
- (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。

## 同意書

(宛先) 阿賀町長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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。

平成 年 月 日

<本人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印