

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

愛川町長 殿

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。

新規 更新

	個人番号								
フリガナ									
被保険者氏名	被保険者番号								
生年月日	大・昭 年 月 日		性別	男・女					
住所	連絡先 ()								
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)									
入所(院)年月日(※)	昭・平・令 年 月		※介護施設に入所(院)していない場合は、記入不要です。						

配偶者に関する事項 (事実婚含む)

配偶者の有無	有・無	※配偶者がいない場合配偶者の有無のみご記入ください。							
フリガナ									
氏名									
生年月日	大・昭 年 月 日		歳						
住所	□被保険者住所と同じ			連絡先 ()					
本年1月1日 現在の住所	□被保険者住所と同じ □同上								
町民税 課税状況	課税 ・ 非課税								

届出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。

届出者氏名	□配偶者氏名と同じ 連絡先 ()		
届出者住所	□被保険者住所と同じ □配偶者住所と同じ		本人との関係

※裏面もご記入ください

(裏面)

非課税年金(遺族年金、障害年金等)収入額

非課税年金受給	有・無	※受給されていない方は有無のみ記入ください。
非課税年金収入金額		

預貯金等に関する申告

預貯金額	
有価証券(評価概算額)	
その他	
負債	

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保有している場合は、そのすべてを申告書に記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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

愛川町長 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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

また、愛川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。

<本人>

住所:

氏名:

<配偶者>

住所:

氏名:

町記入欄

<input type="checkbox"/>	第1段階	預貯金額1,000万以下 ※夫婦の場合2,000万以下	生活保護受給者等
<input type="checkbox"/>	第2段階	預貯金額650万以下 ※夫婦の場合1,650万以下	世帯員全員が住民税非課税であって、本人の合計所得金額と年金収入金額(非課税年金収入含む)の合計が年額80万円以下である。
<input type="checkbox"/>	第3段階①	預貯金額550万以下 ※夫婦の場合1,550万以下	世帯員全員が住民税非課税であって、本人の合計所得金額と年金収入金額(非課税年金収入含む)の合計が年額120万円以下である。
<input type="checkbox"/>	第3段階②	預貯金額500万以下 ※夫婦の場合1,500万以下	世帯員全員が住民税非課税であって、本人の合計所得金額と年金収入金額(非課税年金収入含む)の合計が年額120万円を超える。
<input type="checkbox"/>	第4段階	第1、第2、第3段階いずれにも該当しない。	
備 考			
合計所得 円			
年金収入額 円			
適用年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日