

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 大鰐町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る介護保険負担限度額認定の申請をします。

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ				保険者番号	0	2	3	6	2	2	
被保険者氏名	㊟			被保険者番号	0	0	0	0			
				個人番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別 男 ・ 女						
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____										
入所（入院）した施設の名 称及び所在地	所在地	〒 _____									
	名 称				電話番号 () _____						
入所（入院）年月日（※）	年 月 日				※介護保険施設等に入所(入院)していない場合は記載不要。						
配偶者の有無	有 ・ 無				左記において「無」の場合、以下の配偶者に関する事項については記載不要。						
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	〒 _____ 電話番号 () _____									
	本年1月1日現在の住所	〒 _____ ※上記現住所と異なる場合のみ記入。									
課税状況	町民税 課税 ・ 非課税										
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は町民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者										
	<input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯であって、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。※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。(受給している年金に○して下さい。)								受給している全ての年金を保険者に○して下さい。年金機構共済、日本地方公務員共済、国家公務員共済、私学共済		
	<input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯であって、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。※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。(受給している年金に○して下さい。)										
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を添付して下さい。										
	預貯金合計	円			有価証券(評価概算額)	円			その他(現金・負債等)	()	

※申請者が被保険者本人の場合、下記については記載不要。

申請者氏名				本人との続柄						
申請者住所	〒 _____ 電話番号 () _____									

※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通帳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居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。

※裏面の同意書も記入してください。代理人が申請を行う場合は、裏面の委任状も記入して下さい。

同意書

大鰐町長様

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、大鰐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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

委任状

大鰐町長様

私は、介護保険負担限度額認定の申請に関する権限を、下記の受任者に委任します。

令和 年 月 日

<委任者>

住所

氏名

印

<受任者>

住所

氏名

（被保険者との関係： ）

※窓口で申請の場合、申請者、代理人の身分確認書類の提示をお願いします。