

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 中井町長 令和 年 月 日
次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ												個人番号																
被保険者氏名												被保険者番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女																						
住 所	〒											電話番号																
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒											電話番号																
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																							
負担限度額申請事由	1 生活保護受給者等で預貯金が単身1,000万円、夫婦2,000万円以下 2 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年間80万円以下かつ預貯金が単身650万円、夫婦1,650万円以下 3(1) 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が年間80万円超120万円以下かつ預貯金が単身550万円、夫婦1,550万円以下 3(2) 市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計が120万円超かつ預貯金が単身500万円、夫婦1,500万円以下																											
配偶者の有無	有 ・ 無											※「無」の場合は以下記入不要																
配偶者について	フリガナ												生年月日 明・大・昭・平 年 月 日															
	配偶者氏名												個人番号															
	住 所	〒											電話番号															
	本年1月1日現在の住所	〒																										
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																											
資産について	※直近2か月程度の預貯金、有価証券、負債にかかるすべての通帳等の写しを添付してください。年金振込口座は直近の年金振込が確認できるページの写しが必要です。																											
現金及び預貯金額	円							有価証券等 (評価概算額)							円							その他 (負債) 円						
申請者氏名												連絡先																
申請者住所												本人との関係																
※ 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。 ※ 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。																												

(裏面)

同意書

中井町長 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、中井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。

委任状

中井町長 殿

私及び配偶者は、下記の者を代理人として介護保険負担限度額認定申請に係る権限を委任いたします。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者> ※配偶者有の場合記入

住所

氏名

<代理人> ※代理人に委任する場合記入

住所

氏名

交付年月日	町記入欄	備	考	
年 月 日				
適用年月日	(所得分布の状況等)			
年 月 日	段階	1	2	3
有効期限				
年 月 日				