

# 負担限度額認定申請書

愛南町長 様

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			保険者番号	3 8 5 0 6 2										
被保険者氏名	印		被保険者番号											
			個人番号											
生 年 月	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(※)	〒 連絡先													
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	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 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、 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。 <small>(受給している年金に○してください。) ※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。以下同じ。</small>										受給している全ての 年金の保険者に ○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、 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。 <small>(受給している年金に○してください。)</small>													
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、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり													
	預貯金額	円		有価証券 <small>(評価概算額)</small>	円		その他 <small>(現金・負債を含む。)</small>	( ) ※					円	

※内容を記入してください。

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**

- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入し、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

愛南町長 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、愛南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