

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

令和 年 月 日

熊本県葦北郡芦北町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号											
	個人番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	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 (※)	平・令	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・平	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・預貯金 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高齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に○して下さい 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】収入額の合計が年額80万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) ※ 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。 ○預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1650万円)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。以下同じ。)			
	<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】収入額の合計が年額80万円超120万円以下です。 (受給している年金に○して下さい) ○預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1550万円)以下です。			
	<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】収入額の合計が年額120万円を超えます。 (受給している年金に○して下さい) ○預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1500万円)以下です。			
	預貯金額	円		有価証券 (評価概算額)	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
通知書送付先 (施設・自宅・その他)	〒 - () 様方

注意事項

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

熊本県葦北郡芦北町長 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、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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

Ⓜ

<配偶者>

住所

氏名

Ⓜ