

令和 年 月 日

(申請先)

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			被保険者番号		0	0	0							
被保険者氏名			個 人 番 号											
			生 年 月 日		明・大・昭		年		月		日生			
住 所	〒 電話番号													
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒 電話番号													
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	配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。														
配偶者に関する事項	フリガナ																	
	氏 名																	
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日生	個 人 番 号												
	住 所	電話番号																
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	電話番号																
課 税 状 況	市町村民税	課税	・	非課税														

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者					
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80 万 9 千円以下</u> です。 (受給している年金に○してください。以下同じ。) ※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。					
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80 万 9 千円を超え、120 万円以下</u> です。					
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 120 万円を超え</u> ます。					
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)、③の方は 650 万円(同 1,650 万円)、④の方は 550 万円(同 1,550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1,500 万円)以下です。 ※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③～⑤の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下です。					
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 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、以下の記載は不要です。

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（〒 宛名 ）	

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、その全てを記入し、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