

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 江 差 町 長												年度			
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。															
被保険者番号		0 0 0 0 0 0						個人番号							
フリガナ								性 別		男 ・ 女					
被保険者氏名 (申請者)								生年月日		明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日					
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（※）		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、記入不要です。					
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日		明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日			
	氏 名			課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税			
	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)	〒							

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者						
	☐	②市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金（※）収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80.9 万円以下</u>						
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金（※）収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80.9 万円を超え、120 万円以下</u>						
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額と非課税年金（※）収入額、その他の合計所得金額の合計額が <u>年額 120 万円超</u>						
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 650 万円(同 1,650 万円)、③の方は 550 万円(同 1,550 万円)、④の方は 500 万円(同 1,500 万円)以下 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、②～④の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下						
	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

※非課税年金とは、遺族年金(寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)、障害年金です。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
提出者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、別世帯の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。

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

江 差 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、江差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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名

※町記入欄

受 付	確認欄	□添付書類 □入力 □()		交付日	年	月	日
	結果 区分	承認	□1 段階 □2 段階 □3 段階① □3 段階②				
		非承認	□本人課税 □配偶者課税 □資産 □その他				
	有効期間	年 月 日から		年 月 日			
	送付先	□申請者住所 □入所先施設 □その他()					