

介護保険負担限度額認定申請書

白老町長殿

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	0	0	0	0								
			個人番号												
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 (※)	平・令 年 月 日							※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。							

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	フリガナ氏名			個人番号											
				生年月日	明・大・昭 年 月 日										
	住 所	☐ 被保険者と同じ 〒 電話番号 ()													
	本年1月1日現在の住所	☐ 現住所と同じ 〒 電話番号 ()													
課税状況		町民税 課税 ・ 非課税													

収入等に関する申告	☐	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													
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】の合計額が年額 80.9 万円以下です。 ※遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金準母子年金又は遺児年金を含む。以下同じ。													
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】の合計額が年額 80.9 万円を超え、120 万円以下です。													
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【 ☐ 遺族年金・ ☐ 障害年金】の合計額が年額 120 万円を超えます。													
	非課税年金の保険者		☐ 日本年金機構 ☐ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済												

※裏面もご記入ください。

預貯金等に関する 申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり		
		預貯金額	有価証券（評価概算額）	その他（現金・負債を含む）
被保険者		円	円	円
配偶者		円	円	円
合計		円	円	円

※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また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、支給された額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意欄	
白老町長様	
1 介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員並びに私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の所得状況等について調査することに同意します。	
2 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	
被保険者	住所
	氏名
配偶者	住所
	氏名

〔申請代理・代行者記入欄〕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。

氏名	被保険者との関係	連絡先
住所 〒		
結果送付先	☐ 被保険者	☐ 施設 ☐ 申請代理者

※白老町記載欄※

課税年金収入額	円	※利用者負担 1・2・3①・3②・非該当
非課税年金収入額	円	受付時確認
合計所得金額	円	☐ 配偶者の有無 ☐ 通帳の写し（ ☐ 本人 ☐ 配偶者）
合計	円	☐ 同意書の記入