

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
九重町長 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。

年度

フリガナ			被保険者番号										
			個人番号										
被保険者氏名			性別	男 ・ 女									
			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
住 所	連絡先												
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	施設区分	介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ 地域密着型介護老人福祉施設 ・ その他（ショート利用）											
	連絡先												
入所（院）年月日 （※）	昭・平・令 年 月 日			（※）ショートステイ利用の場合は、施設区分のみ ご記入下さい（その他（ショート利用））。									

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			個人番号										
	氏 名			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日									
	住 所	連絡先												
	本年の1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)													
	課 税 状 況	町民税		課 税 ・ 非課税		※配偶者が他市町村で課税されている 場合、 課税証明書 を添付してください。								

収入に関する申告	負 担 段 階	収 入 額				預貯金額（ ）は夫婦の場合					
		1	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 ・ 町民税が非課税の世帯である老齢福祉年金受給者		1,000万円(2,000万円)以下					
		2	<input type="checkbox"/>	世帯全員が 町民税 非課税	課税年金収入額と合計 所得金額と非課税年金 収入額の合計額	年額80.9万円以下		650 万円(1,650 万円)以下			
		3 ①	<input type="checkbox"/>			年額80.9万円超 120万円以下		550 万円(1,550 万円)以下			
		3 ②	<input type="checkbox"/>			年額120万円超		500 万円(1,500 万円)以下			
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預貯金要件以下です。 ※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	円		有価証券 (詳細概算額)	円		その他 (現金・負債含む)	()※ 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、下記については記載は不要です。

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

- (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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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。

町確認欄				決裁欄		
交付年月日	年 月 日	世帯	課税 ・ 非課税	課長	リーダー	担当
適用年月日	年 月 日	配偶者	なし ・ 課税 ・ 非課税			
有効期限	年 月 日	預貯金	単身 要件金額 以下 ・ 超			
段階区分	却下 第1 第2		夫婦 要件金額 以下 ・ 超			
		第3① 第3②				

同意書

九重町長 殿

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