

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

那珂川町長 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													
被保険者氏名	印	個人番号													
生 年 月 日		性 別													
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（※1）	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		
	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 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老齢福祉年金受給者													
	<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の合計額が年額80万円以下です。													
	<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の合計額が年額80万円を超えます。													
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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり													
	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						

※内容を記入して下さい

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

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) 虚偽の申請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

那珂川町長 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、貴市（町村）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

印

〈 配 偶 者 〉

住所

氏名

印