

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

津和野町長 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 被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0	0								
	㊞	個人番号													
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（※）	連絡先														
入所(院)年月日(※)	昭・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	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	年		月		日	個人番号							
	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・預貯金等に関する申告	☐	①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 □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。											受給している全ての年金の保険者に○をして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	☐	②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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい) ※ 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。 □預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1650万円）以下です。											
	☐	③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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○をして下さい) □預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1550万円）以下です。											
	☐	④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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (受給している年金に○をして下さい) □預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1500万円）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(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、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。

同 意 書

津和野町長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

㊞

<配偶者>

住所

氏名

㊞