

介護保険負担限度額認定申請書

福島町長様
年 月 日
次のとおり関係書類(通帳の写し等、同意書)を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		-----		保険者番号									0	1	3	3	2	6
被保険者氏名				被保険者番号														
				個人番号														
生 年 月 日		大正・昭和 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 (※)		(※)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、記載不要です。														
配偶者に関する事項	フリガナ	-----																
	氏 名																	
	生 年 月 日																	
	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)																	
	課 税 状 況	市町村民税 課税・非課税																
収入・預貯金等に係る申告		☐ 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 ☐ 住民税世帯非課税であり、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額82.65万円以下 預貯金、有価証券等の合計金額が【650万円(夫婦は1,650万円)以下】 ☐ 住民税世帯非課税であり、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下 預貯金、有価証券等の合計金額が【550万円(夫婦は1,550万円)以下】 ☐ 住民税世帯非課税であり、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額120万円以上 預貯金、有価証券等の合計金額が【500万円(夫婦は1,500万円)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								

※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の記載は不要です。

申請者氏名		電話番号
申請者住所		本人との関係

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又は内縁関係の者を含みます。
○ 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
○ 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下さい。
○ 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

福 島 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」とする）に私及び配偶者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
