

負担限度額認定申請書

年 月 日

高岡郡中土佐町長 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			個人番号																			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男						女										
住所											電話番号											
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）											電話番号											
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。 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。																	
配偶者の有無	有		無																			
配偶者に関する事項	フリガナ																					
	氏名	配偶者の方がおりましたら記入してください。																				
	生年月日											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																	
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																				
	<input type="checkbox"/>	③課税合計額、その他の合計所得金額の（収入等）を記入し、その合計所得金額の（収入等）を記入して下さい。以下同じ。																				
	<input type="checkbox"/>	④課税合計額、その他の合計所得金額の（収入等）を記入し、その合計所得金額の合計額が年額120万																				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）以下です。																				
	<input type="checkbox"/>	※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。																				
	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						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										
申請者住所	申請に来た方がご本人さんでない場合に記入して下さい。									

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下さい
 ※通帳の写しについては、氏名を記入した場所、最終残高の場所が必要です。（定期預金がある場合はそのページを含む）
 ※配偶者がいる場合は、同様の写しを必要とします。
- 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。
- 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。

同意書にも記入してください

同意書

介護保険負担限度額確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

ご記入と印をお願いします。

印

<配偶者>

住所

氏名

配偶者の方がいらっしゃいましたら
記入し印をお願いします。

印