

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	3 0 3 6 1 0	
被保険者氏名		被保険者番号		
		個人番号		
生年月日	年 月 日			
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 (※)	年 月 日	※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、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	年 月 日	個人番号	
	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)	〒 _____ 電話番号 () - _____		
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市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> ④市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税非課税世帯であって課税族年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万を超えます。
-----------	--

本人が受給している非課税年金(遺族年金・障害年金等)に関する申告(受給しているすべての年金等について、○してください。)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>・日本年金機構</td> <td>【 遺族年金 】</td> <td>【 障害年金 】</td> <td>【 無し 】</td> </tr> <tr> <td>・地方公務員共済</td> <td>【 遺族年金 】</td> <td>【 障害年金 】</td> <td>【 無し 】</td> </tr> <tr> <td>・国家公務員共済</td> <td>【 遺族年金 】</td> <td>【 障害年金 】</td> <td>【 無し 】</td> </tr> <tr> <td>・私学共済</td> <td>【 遺族年金 】</td> <td>【 障害年金 】</td> <td>【 無し 】</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">※遺族年金には、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。</p>	・日本年金機構	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】	・地方公務員共済	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】	・国家公務員共済	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】	・私学共済	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】
・日本年金機構	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】														
・地方公務員共済	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】														
・国家公務員共済	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】														
・私学共済	【 遺族年金 】	【 障害年金 】	【 無し 】														

預貯金に関する申告(配偶者分も含む)	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は単身1000万円夫婦2000万円③の方は単身650万円夫婦1650万円④の方は単身550万円夫婦1550万円⑤の方は500万円夫婦1500万円以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は単身1000万円夫婦2000万円以下です。					
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	現金	円
					負債	円

湯浅町長 上山 章善 様 上記のとおり、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 _____ 続柄() 電話番号 () - _____

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、すべての金額を合計した金額を記入してください。(本人及び配偶者分)

○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頂くことがあります。

※預貯金等が確認できる書類(通帳の写し)、同意書と共に申請してください。