

介護保険負担限度額認定申請書

裏面あり

音更町長 宛て

次のとおり関係書類を添えて申請します。

		申請年月日	年 月 日					
フリガナ		保険者番号	0	1	6	3	1	1
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)している場合は、入所(院)年月日を記入してください(ショートステイを利用している場合を除く。)。					

配偶者の有無	有 ・ 無		※ 「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」を記載してください。				
配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号				
	氏 名		生年月日		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)	〒					
	配偶者の市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税					

収入等に関する申告	市町村民税	課税 ・ 非課税	生活保護受給	有 ・ 無	受給している全ての年金の保険者に○を付けてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	非課税年金受給の有無		有(遺族年金・障害年金) ・ 無		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税で、老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/> 年金収入額と合計所得金額の合計が年額80万円以下				
	<input type="checkbox"/> 年金収入額と合計所得金額の合計が年額80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 年金収入額と合計所得金額の合計が年額120万円超				
預貯金等に関する申告	預貯金額		有価証券(評価概算額)		その他(現金・負債含む)
	円		円 ()		円
	※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				

* 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。

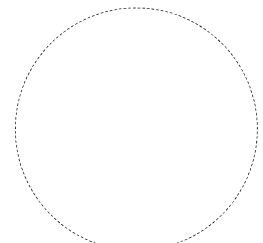
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	電話番号 ()		

【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。

◆町処理欄

決定年月日	年 月 日	承認・却下	第 段階
適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
生活保護受給	有・無	世帯課税状況	課税・非課税
非課税年金	有・無	円	課税年金収入 円
年金収入額+合計所得金額		夫婦の預貯金等の合計額	
円		円	



同意書

音更町長 宛て

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、並びに必要なときは申請及び認定内容を、私が利用する介護保険サービス事業者等へ提供することに同意します。

また、音更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 _____