

介護保険負担限度額認定申請書

① 被 保 険 者	フリガナ			保険者番号	143669 開成町											
	氏 名			被保険者番号												
				個人番号												
				生年月日		明・大・昭		年		月		日				
住 所	〒												電話番号	()		
② 入 所 （ 院 ） 施 設	利用する 施設の 種類	該当する箇所の□に✓を付けてください。未定の場合はその他に✓を付けて、施設名称等は空欄のままにしてください。														
		<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> その他（ショートステイ）										
	施設名称															
	施設住所	〒												電話番号	()	
	入所(院)年月日	平成・令和		年		月		日								

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。														
③ 配 偶 者 に 関 す る 事 項	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日											
	氏 名			個人番号												
	住 所	〒												電話番号	()	
	課税状況	市町村民税		課税 ・ 非課税												

④ 収 入 等 お よ び 預 貯 金 等 に 関 す る 申 告	<input type="checkbox"/> 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														
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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○してください。） <small>※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。</small> ○預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦の場合は1,650万円）以下です。 <small>※65歳未満の場合、1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下です。以下同じ。</small>														
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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○してください。） ○預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦の場合は1,550万円）以下です。														
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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○してください。） ○預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦の場合は1,500万円）以下です。														
預貯金額		※		円		有価証券 (評価概算額)		※		円		その他 (現金・負債含む)		() ※内容記入 円	
※預貯金、有価証券にかかる通帳等のコピーの添付が必要です。															

※裏面もご記入ください

⑤ 同意書

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。申請にあたり、私、配偶者および同一世帯員について、開成町の公簿・電子計算機に記録されている税情報の利用に同意します。また、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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況および保有する預貯金なら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、開成町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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	福祉介護課受付印
被保険者本人 氏名 _____	
配偶者 氏名 _____	
連絡先 氏名 _____ 被保険者との関係 _____ 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、世帯分離をしている配偶者又は内縁の者を含みます。
- (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) 書ききれない場合は、裏面の余白に記入するか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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。