

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

熊取町長 殿

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		日生													
住 所	〒 連絡先																			
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒 連絡先																			
入所(院) 年月日(※)	昭・平		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。											

※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	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所〒	本人との関係

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		日生		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												

※ この申請書における「配偶者」については、住居を別にしていない配偶者や内縁関係の者を含みます。  
配偶者が、熊取町以外の市町村に居住している場合は、配偶者の課税証明書を添付してください。

収入等に関する申告	<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Oして下さい) ※ 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。
	<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80万円を超えます。 (受給している年金にOして下さい)

○裏面(預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入ください。

(表面)

(表面からの続き)

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 <input checked="" type="checkbox"/> ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
種類	氏名(口座名義)	金融機関名	支店名	預貯金額
預貯金 (普通・定期など)			支店	円
			支店	円
			支店	円
			支店	円
有価証券等 (株式・国債など)	氏名	種類	評価概算額	
			円	
その他 (負債・現金等) ※負債(借入金・住宅ローンなど)	氏名	種類	金額	
			円	
			合計	円

※ 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、通帳等の写しを添付してください。

※ 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ください。

注意事項

※ 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

熊取町長 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

(裏面)