

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

東三河広域連合長 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																		
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	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。																	

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	明・大・昭・平	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)																			
	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"/>	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。※ 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。																		
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 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																		
	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 ※内容を記入												

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)※日中連絡のつきやすい番号
申請者住所	本人との関係

- (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。

注意事項

同意書

東三河広域連合長 様

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。)に私及び私の配偶者(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、東三河広域連合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

印

<配偶者>

住所

氏名

印

事務処理欄

特記事項	6(2)(ウ)③に該当 <input type="checkbox"/>		受付	入力	交付
	番号	済・未			
	身元	済・未			
	代理権	済・未			